Wijzigingen in het geel / Modifications en jaune

Laatste aanpassing / Dernière adaptation : 1 juni 2014/ 1er juin 2014

(AR – KB 04.04.2014 – MB – BS 28.04.2014)

KONINKRIJK BELGIE

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

24 oktober 2002 - Koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35 § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001 en 22 augustus 2002 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 50, vervangen bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002;

Gelet op de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg, inzonderheid op artikel 15;

Gelet op de hoogdringendheid;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 21 november 2001;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 4 december 2001;

Gelet op het besluit van de Ministerraad, over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van een maand;

Gelet op het advies van de Raad van State nr. 32.930/1, gegeven op 28 maart 2002, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

ROYAUME DE BELGIQUE

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT

24 octobre 2002 - Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, § 1, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001 et 22 août 2002 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 50, remplacé par l'arrêté royal du 24 octobre 2002;

Vu la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, notamment l'article 15;

Vu l'urgence;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, rendu le 21 novembre 2001;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 4 décembre 2001;

Vu la délibération du Conseil des ministres sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis du Conseil d'Etat n° 32.930/1, donné le 28 mars 2002, en application de l'article 84, premier alinéa, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Hoofdstuk I. Definities en toepassingsgebied.

Artikel 1. In dit besluit wordt verstaan onder:

1° «de Wet», de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° «de Minister», de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft;

3° «het Instituut», het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

4° «de verzekering», de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

5° «het Verzekeringscomité», het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

6° «de Raad», de Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen;

7° «de Commissie», de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen;

8° «de Dienst», de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

9° «de middelen», de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

10° «de aanvrager», de onderneming die de verbintenis zoals bedoeld in deel II, a), van de bijlage gevoegd bij dit besluit, heeft ondertekend;

11° «de lijst», de bijlage gevoegd bij dit besluit met de lijst van de aangenomen middelen en de modellen van de in dit besluit bedoelde documenten en machtigingen;

12° «de vergoedingsbasis», ook de basis van tegemoetkoming genoemd, het bedrag waarop de tegemoetkoming van de verzekering wordt berekend, zoals dit voorkomt op de lijst;

13° «de vergoedingsvoorwaarden», de voorwaarden die noodzakelijk vervuld moeten zijn om van een tegemoetkoming in de kosten van middelen te kunnen genieten, zoals ze opgenomen zijn op de lijst en die kunnen bestaan uit onder andere de volgende elementen: de vergoedbare indicaties, de leeftijdscategorie, de noodzaak van diagnostische onderzoeken, het al dan niet vereist zijn van een machtiging van de adviserend geneesheer, de medische kwalificatie van de zorgverlener,…;

14° «de vergoedingscategorie», de categorie waarin een middel ingedeeld wordt en die overeenstemt met de vergoedingsregelingen die zijn bedoeld in het koninklijk besluit van 24 ok-

Nous avons arrêté et arrêtons:

Chapitre I. Définitions et champ d'application.

Article 1er. Dans le présent arrêté, on entend par:

1° «la Loi», la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° «le Ministre», le Ministre ayant les Affaires sociales dans ses attributions;

3° «l'Institut», l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

4° «l'assurance», l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

5° «le Comité d'assurance», le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

6° «le Conseil», le Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins;

7° «la Commission», la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs;

8° «le Service», le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

9° «les moyens», les fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

10° «le demandeur», l'entreprise qui a signé l'engagement dont le modèle figure dans la partie II, a), de l'annexe au présent arrêté;

11° «la liste», l'annexe au présent arrêté comportant la liste des moyens admis et les modèles des documents et autorisations visés dans le présent arrêté;

12° «la base de remboursement», appelée également base d'intervention, le montant sur lequel l'intervention de l'assurance est calculée, tel qu'il figure dans la liste;

13° «les conditions de remboursement», les conditions qui doivent nécessairement être remplies pour pouvoir bénéficier d'une intervention dans le coût des moyens, tels qu'ils sont repris dans la liste et qui peuvent comporter entre autres les éléments suivants: les indications remboursables, la catégorie d'âge, la nécessité d'examens diagnostiques, la nécessité ou non d'une autorisation du médecin-conseil soit ou non requise, la qualification médicale du dispensateur de soins, …;

14° «la catégorie de remboursement», la catégorie dans laquelle un moyen est classé et qui correspond aux modalités de remboursement qui sont visées à l'arrêté royal du 24

tober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen;

15° «doeltreffendheid», een middel is doeltreffend als uit onderzoek blijkt dat de toepassing in de dagelijkse praktijk resulteert in het beoogde doel van de behandeling;

16° «veiligheid», de mate waarin ongewenste nevenwerkingen zich voordoen en de mate waarin de mogelijkheid tot het maken van fouten of vergissingen door de zorgverleners of de rechthebbenden wordt vermeden;

17° «toepasbaarheid», de mate waarin de eigenschappen van een middel het gebruik bij verschillende (groepen) rechthebbenden of door verschillende (groepen) zorgverleners beperkt;

18° «comfort», de wijze waarop een middel tegemoetkomt aan eisen van gebruiksvriendelijkheid voor zorgverleners of rechthebbenden;

19° «de waarde van een middel», de som van de waardering van alle voor de behandeling relevante eigenschappen van een middel, waarbij de doeltreffendheid, de veiligheid, de toepasbaarheid en het comfort in aanmerking genomen worden en die tezamen bepalend is voor de plaats van het middel binnen de therapie in vergelijking met andere beschikbare behandelingsmogelijkheden. Een middel beschikt over een meerwaarde indien de behandeling met het betreffende middel tot een beter resultaat leidt dan een aanvaarde standaardbehandeling.

20° “de pompen”, niet implanteerbare pompen die gebruikt worden om geneesmiddelen toe te dienen aan de rechthebbende en die voor hun werking niet afhankelijk zijn van elektriciteit of van een andere niet mechanische energiebron.

21° “bloeddrukmeter”, klinisch gevalideerde bloeddrukmeters ingeschreven op de gepubliceerde lijst van dabl® Educational Trust Limited (www.dableducational.org).

22° « leverancier », leverancier van medische hulpmiddelen en het zelfzorgmateriaal in het kader van de zorgtrajecten en van het programma "educatie en zelfzorg" en die erkend is in het kader van de procedure voorzien in hoofdstuk VI, C van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen.

23° « educator »,
- Diabeteseducator die erkend is in het kader van de procedure voorzien in hoofdstuk V, D van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uit-

octobre 2002 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

15° «l’utilité», un moyen est utile si l’examen atteste que son utilisation dans la pratique quotidienne permet d’atteindre le but escompté du traitement;

16° «la sécurité», la mesure dans laquelle des effets indésirables se produisent et la mesure dans laquelle la possibilité des fautes ou des erreurs par les dispensateurs de soins ou les bénéficiaires peut être évitée;

17° «applicabilité», la mesure dans laquelle les propriétés d’un moyen limitent l’utilisation auprès de différents (groupes de) bénéficiaires ou par différents (groupes de) dispensateurs de soins;

18° «confort», la mesure dans laquelle un moyen répond aux exigences de convivialité pour les dispensateurs de soins ou les bénéficiaires;

19° «la valeur d’un moyen», la somme de l’évaluation de toutes les propriétés pertinentes pour le traitement d’un moyen et pour laquelle sont pris en considération l’utilité, la sécurité, l’applicabilité et le confort, caractéristiques qui, ensemble, sont déterminantes pour la place du moyen dans la thérapie par rapport à d‘autres possibilités de traitement disponibles. Un moyen possède une plus-value thérapeutique lorsque le traitement à l’aide du moyen en question donne lieu à une valeur thérapeutique supérieure à celle d’un traitement standard admis.

20° “les pompes”, des pompes non implantables qui sont destinées à administrer des médicaments et qui ne dépendent pas pour leur fonctionnement de l’électricité ou d’autre source d’énergie non mécanique.

21° « tensiomètre» , tensiomètre cliniquement validé inscrit sur la liste publiée du dabl® Educational Trust Limited (www.dableducational.org).

22° « fournisseur », fournisseur de dispositifs médicaux et du matériel d’autogestion dans le cadre des trajets de soins et du programme « éducation et autogestion de soins » et qui est reconnu dans le cadre de la procédure prévue au chapitre VI, C de l’annexe à l’arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix.

23° « éducateur »,
- Educateur en diabétologie qui est reconnu dans le cadre de la procédure prévue au chapitre V, D de l’annexe à l’arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14

keringen gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen;

- Verpleegkundige die vergoedbare specifieke verstrekkingen inzake educatie tot zelfzorg van de diabetespatiënt mag attesteren en die worden verleend door thuisverpleegkundigen in het kader van de zorgtrajecten;

- Diabeteseducator die in het kader van de diabetesovereenkomst werkt indien de rechthebbende in het kader van die overeenkomst een programma volgt dat uitsluitend de diabeteseducatie vergoedt zonder het zelfregulatiemateriaal te vergoeden.

24° « diabetesovereenkomst», revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes mellituspatienten.

25° « insuline », humaan insuline of insulineanaloog

Art. 2. Dit besluit stelt de procedures en voorwaarden vast waaronder de verzekering tegemoetkomt in de kosten van de in artikel 34, eerste lid, 20° van de Wet bedoelde verstrekkingen, bij toepassing van de artikelen 35 en 37 van de Wet.

De verzekering komt enkel tegemoet in de kosten van de middelen die opgenomen zijn op de lijst en voorgeschreven zijn overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 juni 1994 tot vaststelling van het model van voorschrijfdocument betreffende de verstrekkingen van farmaceutische producten ten behoeve van niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en afgeleverd door de wettelijk gemachtigde zorgverleners. De tegemoetkoming kan afhankelijk worden gesteld van beperkende en afwijkende maatregelen zoals ze inzonderheid zijn bepaald in artikel 18.

De vergoedbare middelen zijn bestemd voor rechthebbenden die al dan niet opgenomen zijn in een ziekenhuis.

Hoofdstuk II. Aannemingscriteria

Art. 3. De lijst kan door Ons gewijzigd worden overeenkomstig de bepalingen van artikel 35, § 2, van de Wet.

De wijzigingen van de lijst kunnen bestaan in het opnemen en het schrappen van middelen en het wijzigen van de vergoedingsmodaliteiten. De vergoedingsmodaliteiten omvatten de vergoedingsvoorwaarden, de vergoedingsbasis en de vergoedingscategorie.

Art. 4.§1. De beslissing omtrent het al dan niet opnemen, het wijzigen of het schrappen omvat een beslissing over de vergoedingsbasis, de vergoedingsvoorwaarden en de vergoedingscategorie en gebeurt na een evaluatie van de volgende criteria:
1° De waarde van het middel

2° De prijs van het middel en de door de aanvrager voorgestelde vergoedingsbasis

juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix;

- Praticiens de l'art infirmier qui peuvent attester des prestations spécifiques remboursables en matière d'éducation à l'autonomie du patient diabétique qui sont effectuées par des praticiens de l'art infirmier à domicile dans le cadre des trajets de soins;
- Educateurs en diabétologie travaillant dans le cadre de la convention diabétique, dans le cas où le bénéficiaire suit dans le cadre de ladite convention un programme qui couvre uniquement l'éducation au diabète, sans couvrir le matériel d'autogestion.

24° « convention diabétique », convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré.

25° "insuline", insuline humaine ou insuline analogue

Art. 2. Le présent arrêté détermine les procédures et conditions dans lesquelles l'assurance intervient dans les coûts des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la Loi, en application des articles 35 et 37 de la Loi.

L'assurance n'intervient que dans les coûts des moyens figurant dans la liste et qui a été prescrit conformément à l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés et qui ont été délivrées par les dispensateurs de soins légalement autorisés. L'intervention peut être subordonnée à des mesures limitatives et dérogatoires telles qu'elles sont déterminées plus précisément dans l'article 18.

Les moyens remboursables sont destinés à des bénéficiaires hospitalisés ou non.

Chapitre II. Critères d'admission.

Art. 3. La liste peut être modifiée par Nous conformément aux dispositions de l'article 35, § 2, de la Loi.

Les modifications de la liste peuvent consister en l'inscription et la suppression des moyens, ainsi qu'en la modification des modalités de remboursement. Les modalités de remboursement comportent les conditions de remboursement, la base de remboursement et la catégorie de remboursement.

Art. 4. §1. La décision relative à l'inscription ou non, à la modification ou à la suppression comprend une décision concernant la base de remboursement, les conditions de remboursement et la catégorie de remboursement, et est prise après évaluation des critères suivants:
1° La valeur thérapeutique

2° Le prix du moyen et la base de remboursement proposée par le demandeur

3° Het belang van het middel in de medische praktijk

4° De budgettaire weerslag voor de verzekering

5° De verhouding tussen de kosten voor de verzekering en de waarde van het middel.

§2. De opname van pompen op de lijst gebeurd na een evaluatie van de kwaliteit van de pompen door de Raad.

Voor deze evaluatie legt de Raad een kwaliteitsnorm vast.

Deze kwaliteitsnorm kan zowel een nationaal of internationaal vastgelegde norm die werd vastgelegd door een nationaal of internationaal erkend orgaan voor normalisatie als een door de Raad opgestelde kwaliteitsnorm.

Ook andere normen kunnen aanvaard worden als het bedrijf verantwoordelijk voor de aanvraag kan aantonen dat de door haar gebruikte norm dezelfde kwaliteitseisen stelt als de door de Raad vastgelegde norm.

§3. De opname van bloeddrukmeters op de lijst gebeurt na een evaluatie door de Raad.

Voor deze evaluatie verwijst de Raad naar de gepubliceerde lijst van dabl® Educational Trust.

Art. 5. De opgenomen middelen worden gerangschikt in de vergoedingscategorieën en vervolgens gerangschikt in de lijst.

Art. 6. De vergoedingsbasis van een middel moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

a) Een middel waarvoor geen vergelijkbaar alternatief bestaat, krijgt een vergoedingsbasis die in overeenstemming is met de aangetoonde meerwaarde. Hierbij wordt rekening gehouden met de samenstelling van het middel.

b) Voor een middel waarvoor, op grond van een vergelijking ermee, vergelijkbare middelen vergoedbaar zijn, mag de vergoedingsbasis ervan niet hoger liggen dan deze van die aangenomen middelen. Hierbij wordt rekening gehouden met de samenstelling van het middel.

Hiervan mag afgeweken worden als de Raad vaststelt dat het gaat om middelen met een bijzondere doeltreffendheid, veiligheid, toepasbaarheid of comfort. In dat geval kan een vergoedingsbasis worden vastgesteld die hoger is dan deze van de andere reeds aangenomen middelen, met dien verstande dat het maximumpercentage van dit verschil tussen de vergoedingsbases niet hoger is dan 5% met een maximum van 10 euro.

Afdeling 1 – Opname van middelen op de lijst

Art. 7. §1. Uitgezonderd voor de gipsbanden en ander gipsmateriaal ingeschreven in de afdeling 9 van deel I, hoofdstuk 2 van de lijst, mogen de aanvragen tot opname op de lijst alleen door de Raad worden voorgesteld als ze

3° L'intérêt du moyen dans la pratique médicale

4° L'incidence budgétaire pour l'assurance

5° Le rapport entre le coût pour l'assurance et la valeur thérapeutique.

§2. L'admission des pompes sur la liste se fait après une évaluation de la qualité des pompes par le Conseil.

Pour cette évaluation, le Conseil fixe une norme de qualité.

Cette norme de qualité peut être soit une norme nationale ou internationale fixée par un organisme de normalisation reconnu nationalement ou internationalement soit une norme de qualité fixée par le Conseil.

D'autres normes peuvent être acceptées à condition que la firme qui est responsable de la demande puisse démontrer que la norme qu'elle utilise fixe les mêmes exigences de qualité que la norme fixée par le Conseil.

§3. L'admission des tensiomètres sur la liste se fait après une évaluation par le Conseil.

Pour cette évaluation, le Conseil fait référence à la liste publiée du dabl® Educational Trust.

Art. 5. Les moyens admis sont classés par catégories de remboursement et sont ensuite classés dans la liste.

Art. 6. La base de remboursement d'un moyen doit répondre aux conditions suivantes:

a) Un moyen pour lequel n'existe pas d'alternative comparable, reçoit une base de remboursement qui correspond à la plus-value thérapeutique démontrée. Il est, pour ce faire, tenu compte de la composition du moyen.

b) En ce qui concerne un moyen pour lequel, sur base d'une comparaison, des moyens thérapeutiquement comparables sont remboursables, la base de remboursement ne peut dépasser celle de ces moyens admis. Il est, pour ce faire, tenu compte de la composition du moyen.

A cela, il peut être dérogé lorsque le Conseil constate qu'il s'agit de moyens d'une utilité, d'une sécurité, d'une applicabilité ou d'un confort particulier. Dans ce cas, une base de remboursement peut être fixée supérieure à celle des moyens déjà admis, à condition que le pourcentage maximum de cette différence entre ces bases de remboursement ne dépasse pas 5% avec un maximum de 10 euro.

Section 1 – Inscription des moyens dans la liste

Art. 7. §1. Excepté pour les bandes et autres matières plâtrées inscrites dans la section 9 de la partie I, chapitre 2 de la liste, les demandes d'admission dans la liste ne peuvent être proposées par le Conseil que si elles

betrekking hebben op verpakkingen van middelen waarvoor een aanvrager zoals bedoeld in artikel 1, 10° een aanvraag tot opname heeft ingediend.

Die aanvraag moet gebeuren met een document, waarvan de verbintenisformule door de aanvrager behoorlijk is ingevuld, gedagtekend en ondertekend. Het model van dit document is opgenomen in deel II, a), van de lijst.

Bij dit formulier wordt een bundel gevoegd dat per verpakking van een middel de volgende elementen en documenten bevat:

1° de motivering van de aanvraag en een identificatie van het middel;

2° het EG - certificaat;

3° de prijsstructuur, de voorgestelde vergoedingsbasis en een motivering hiervan;

4° een gedetailleerde beschrijving van de verpakking van het middel dat voor aanneming wordt voorgelegd;

5° in voorkomend geval de gebruiksaanwijzing;

6° abstracts van de gepubliceerde klinische studies over de bestaande ervaring met het middel.

§2. De inschrijving op de lijst van de gipsbanden en ander gipsmateriaal en alle daarbij horende wijzigingen gebeuren op voorstel van de Raad. Die producten worden ingeschreven onder een gemeenschappelijke generieke benaming.

Art. 8. De aanvraag tot opname van een middel wordt door de aanvrager gericht aan de Dienst - secretariaat van de Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen -met een ter post aangetekende zending met bewijs van ontvangst.

Art.9. Binnen de tien dagen na de ontvangst van de aanvraag tot opname van een middel, gaat het secretariaat van de Raad na of het ingediende dossier volledig is.

Indien de aanvraag volledig is, wordt het dossier overgemaakt aan de Raad.

Indien de aanvraag onvolledig is, stuurt het secretariaat het dossier terug aan de aanvrager binnen de tien werkdagen na de ontvangst van de aanvraag, met de vermelding van de elementen die ontbreken. De aanvrager dient een nieuwe aanvraag in.

De Raad is ten allen tijde gemachtigd om eender welke bijkomende inlichtingen te vragen die zij nodig acht.

Art.10. De Raad formuleert een gemotiveerd voorstel dat een standpunt bevat omtrent de vergoedingsvoorwaarden, de vergoedingsbasis en de vergoedingscategorie.

Het voorlopig voorstel wordt door het secretariaat aan de aanvrager meegedeeld met een ter post aangetekende

concernent des conditionnements de produits pour lesquels un demandeur, tel que visé à l'article 1, 10°, a sollicité une demande d'admission.

Cette demande doit être faite au moyen du formulaire, dont la formule d'engagement aura été dûment complétée, datée et signée par le demandeur. Le modèle de ce formulaire est repris dans la partie II, a), de la liste.

Ce formulaire est accompagné d'un dossier par conditionnement d'un moyen, comportant les éléments et documents suivants:

1° la motivation de la demande et une identification du moyen;

2° le certificat CE;

3° la structure de prix, la base de remboursement proposée et une motivation;

4° une description détaillée de l'emballage du moyen soumis à l'admission;

5° le cas échéant, le mode d'emploi;

6° des abstracts des études cliniques publiées relatives à l'expérience existante avec le moyen.

§2. L'inscription dans la liste des bandes et autres matières plâtrées et toute les modifications y afférentes se font sur proposition du Conseil. Ces produits sont inscrits sous une dénomination commune générique.

Art. 8. La demande d'admission d'un moyen est adressée par le demandeur au Service - secrétariat du Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins - par le biais d'un envoi recommandé à la poste avec accusé de réception.

Art.9. Dans les dix jours qui suivent la réception de la demande d'admission d'un moyen, le secrétariat du Conseil vérifie si le dossier introduit est complet.

Si la demande est complète, le dossier est transmis au Conseil.

Si la demande est incomplète, le secrétariat renvoie le dossier au demandeur dans les 10 jours qui suivent la réception de la demande, en indiquant les éléments manquants. Le demandeur introduit une nouvelle demande.

Le Conseil est de tout temps autorisé à demander des informations supplémentaires, s'il le considère nécessaire.

Art.10. Le Conseil formule une proposition motivée, assortie d'une position relative aux conditions de remboursement, à la base de remboursement et à la catégorie de remboursement.

La proposition provisoire est communiquée par le biais d'un envoi recommandé à la poste avec accusé de

zending met bericht van ontvangst die over een termijn van 30 dagen beschikt om hierop te reageren. De aanvrager kan het secretariaat met een ter post aangetekende zending met bericht van ontvangst binnen deze termijn meedelen dat hij over een langere termijn wenst te beschikken om zijn argumenten over te maken. In dit geval deelt de aanvrager de datum mee waarop deze verlenging eindigt. Deze verlenging van de termijn kan maar één keer gebeuren voor een maximumperiode van 60 dagen. Er wordt geen rekening gehouden met argumenten of bezwaren die op het secretariaat toekomen na het verstrijken van deze termijn van 30 dagen of na het verstrijken van de termijn zoals die werd verlengd op vraag van de aanvrager.

Indien er, na het verstrijken van de termijn van 30 dagen waarover de aanvrager beschikt om zijn argumenten of bezwaren over te maken of na het verstrijken van de termijn zoals die werd verlengd op vraag van de aanvrager, geen reactie vanwege de aanvrager werd ontvangen op het secretariaat, wordt het voorlopig voorstel definitief.

Indien argumenten of bezwaren werden ingediend, onderzoekt de Raad die argumenten of bezwaren en brengt een gemotiveerd definitief voorstel uit. De aanvrager wordt in kennis gesteld van dit gemotiveerd definitief voorstel.

Het definitief voorstel van de Raad wordt voorgelegd aan de Commissie, die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole.

De gemotiveerde definitieve voorstellen van de Raad en de adviezen van de Commissie, de Commissie voor Begrotingscontrole en het Verzekeringscomité worden Ons meegedeeld door het secretariaat van de Raad.

De door Ons te nemen beslissing over een aanvraag tot opname op de lijst bevat een motivering die gebaseerd is op onder meer de hierboven vermelde voorstellen en adviezen.

Afdeling 2 – Wijziging van de vergoedingsmodaliteiten van middelen

Art.11. Wijzigingen van de vergoedingsmodaliteiten van middelen kunnen bestaan in het wijzigen van de vergoedingsvoorwaarden, van de vergoedingsbasis en/of van de vergoedingscategorie en kunnen gebeuren op gemotiveerde vraag van de aanvrager, van de Minister of van de Raad.

De procedure verloopt steeds zoals aangegeven in artikel 10.

Onderafdeling 1 – wijziging van de vergoedingsvoorwaarden

Art.12. De gemotiveerde aanvraag tot wijziging van de vergoedingsvoorwaarden wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat van de Raad met een ter post aangetekende zending met bewijs van ontvangst.

Art. 13. De aanvraag bevat een voorstel betreffende de nieuwe vergoedingsvoorwaarden en de motivering ervan, het meest recente EG–certificaat, alsmede in voorkomend geval recente

réception par le secrétariat au demandeur qui dispose d'un délai de 30 jours pour y réagir. Le demandeur peut, dans ce délai, communiquer au secrétariat par le biais d'un envoi recommandé à la poste avec accusé de réception qu'il souhaite disposer d'un délai plus long pour formuler ses arguments. Dans ce cas, le demandeur communique la date à laquelle cette prolongation se termine. Cette prolongation du délai ne peut avoir lieu qu'une seule fois pour une période maximale de 60 jours. Il n'est pas tenu compte des arguments ou des objections qui parviennent au secrétariat après l'expiration de ce délai de 30 jours ou après l'expiration du délai tel qu'il a été prolongé à la requête du demandeur.

Si, à l'expiration du délai de 30 jours dont dispose le demandeur pour transmettre ses remarques ou ses objections ou à l'expiration du délai tel qu'il a été prolongé à la requête du demandeur, le secrétariat n'a enregistré aucune réaction de la part du demandeur, la proposition provisoire devient définitive.

Si des arguments ou des objections ont été formulés, le Conseil examine lesdits arguments ou objections et élabore une proposition définitive motivée. Le demandeur est informé de cette proposition définitive motivée.

La proposition définitive du Conseil est soumise à la Commission qui décide de sa transmission au Comité de l'Assurance et à la Commission de contrôle budgétaire.

Les propositions définitives motivées du Conseil et les avis de la Commission, de la Commission de contrôle budgétaire et du Comité de l'Assurance Nous sont communiqués par le secrétariat du Conseil.

La décision arrêtée par Nous, relative à une demande d'admission dans la liste comporte une motivation basée, notamment, sur les propositions et avis prescrits ci-dessus.

Section 2 – Modification des modalités de remboursement des moyens

Art.11. Des modifications des modalités de remboursement des moyens peuvent consister en une modification des conditions de remboursement, de la base de remboursement et/ou de la catégorie de remboursement et peuvent intervenir à la demande motivée du demandeur, du Ministre ou de la Commission.

La procédure se déroule toujours comme indiqué à l'article 10.

Sous-section 1 – modification des conditions de remboursement

Art.12. La demande motivée de modification des conditions de remboursement est adressée par le demandeur au secrétariat du Conseil par un envoi recommandé à la poste avec accusé de réception.

Art. 13. La demande contient une proposition relative aux nouvelles conditions de remboursement et sa motivation, le certificat CE le plus récent, ainsi que, le cas échéant,

abstracts van de gepubliceerde klinische studies over de ervaring met het middel met betrekking tot de voorgestelde wijziging van de vergoedingsvoorwaarden.

des abstracts des études cliniques publiées récentes relatives à l'expérience existante avec le moyen concernant la modification proposée des conditions de remboursement.

Onderafdeling 2 – wijziging van de vergoedingsbasis

Sous-section 2 – modification de la base de remboursement

Art.14. De gemotiveerde aanvraag tot wijziging van de vergoedingsbasis wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat van de Raad met een ter post aangetekende zending met bericht van ontvangst.

Art.14. La demande motivée de modification de la base de remboursement est adressée par le demandeur au secrétariat du Conseil par un envoi recommandé à la poste avec accusé de réception.

Art. 15. Indien de aanvraag tot wijziging van de vergoedingsbasis een verlaging van de vergoedingsbasis betreft, wordt de Raad en de in artikel 10, vijfde lid bedoelde commissies in kennis gesteld van deze aanvraag en wordt de lijst van rechtswege door Ons aangepast.

Art. 15. Si la demande de modification de la base de remboursement concerne une baisse de la base de remboursement, le Conseil et les Commissions visés à l'article 10, alinéa 5 sont informés de cette demande et la liste est adaptée par Nous de plein droit.

Onderafdeling 3 – wijziging van de vergoedingscategorie

Sous-section 3 – modification de la catégorie de remboursement

Art.16. De gemotiveerde aanvraag tot wijziging van de vergoedingscategorie wordt door de aanvrager gericht aan het secretariaat van de Raad met een ter post aangetekende zending met bericht van ontvangst.

Art.16. La demande motivée de modification de la catégorie de remboursement est adressée par le demandeur au secrétariat du Conseil par un envoi recommandé à la poste avec accusé de réception.

Afdeling 3 – Schrapping van middelen uit de lijst

Section 3 – Suppression des moyens de la liste

Art.17. § 1. De gemotiveerde aanvraag tot schrapping van een middel uit de lijst vanwege de aanvrager wordt door hem gericht aan het secretariaat van de Raad met een ter post aangetekende zending met bericht van ontvangst.

Art.17. § 1er. La demande motivée de suppression d'un moyen de la liste est adressée par le demandeur au secrétariat du Conseil par un envoi recommandé à la poste avec accusé de réception.

De aanvraag wordt overgemaakt aan de Raad. In uitzonderlijke gevallen kan de Raad voorstellen de schrapping uit de lijst maximaal 6 maanden na de aanvraag te laten ingaan. De procedure verloopt zoals aangegeven in artikel 10. Een schrapping uit de lijst treedt steeds in werking op de eerste dag van de maand na de publicatie ervan in het Belgisch Staatsblad.

La demande est transmise au Conseil. Dans des cas exceptionnels, le Conseil peut proposer de laisser entrer en vigueur la suppression de la liste au maximum 6 mois après la demande. La procédure se déroule comme indiqué à l'article 10. Une suppression de la liste entre toujours en vigueur le premier jour du mois après la publication au Moniteur belge.

§ 2. De minister kan een gemotiveerde vraag stellen aan de Raad of de Raad kan op eigen initiatief een voorstel tot schrapping van één of meerdere middelen uit de lijst formuleren. De procedure verloopt zoals aangegeven in artikel 10.

§ 2. Le Ministre peut adresser une demande motivée au Conseil ou le Conseil peut de sa propre initiative formuler une proposition de suppression d'un ou de plusieurs moyens de la liste. La procédure se déroule comme indiqué à l'article 10.

Hoofdstuk III. Machtigingen van de adviserend geneesheren.

Chapitre III. Autorisations des médecins-conseils.

Art.18. Voor de middelen die zijn opgenomen in de lijst, mag de verzekering in voorkomend geval slechts tegemoetkomen in de gevallen en volgens de regels die in die lijst zijn bepaald en mag de apotheker of ziekenhuisapotheker die aflevert, behoudens andersluidende bepalingen, de derdebetalersregeling toepassen.

Art.18. Pour les moyens qui sont admis dans la liste, l'assurance ne peut intervenir le cas échéant que dans les cas et selon les modalités prévus dans la liste et le pharmacien ou le pharmacien hospitalier qui délivre peut, sauf disposition contraire, appliquer le système du tiers-payant.

De adviserend geneesheer oefent de onontbeerlijke controle uit. Hij reikt desgevallend een machtiging uit, waarvan het model is opgenomen in de lijst. De toepassing van de derdebetalersregeling is in dit geval mogelijk tijdens de periode welke gedekt is door een machtiging van de adviserend geneesheer, op voorwaarde dat die mogelijkheid niet formeel is

Le médecin-conseil exerce le contrôle indispensable. Il délivre, le cas échéant, une autorisation dont le modèle figure dans la liste. L'application du régime du tiers payant est possible dans ce cas, au cours de la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil, à condition que cela ne soit pas formellement exclu dans la réglementation qui

uitgesloten in de desbetreffende reglementering. De machtiging dient te worden voorgelegd aan de apotheker die er de nodige gegevens op vermeldt en het de rechthebbende opnieuw ter hand stelt. Op het geneesmiddelenvoorschrift zal de apotheker het omkaderde volgnummer, dat op de machtiging is vermeld, aanbrengen, alsook, in alle gevallen waar dit voor de tarifering onontbeerlijk is, de categorie krachtens dewelke de adviserend geneesheer de vergoeding van het betrokken middel heeft gemachtigd.

In de gevallen waarin de derdebetalersregeling niet toegelaten is of daar waar de rechthebbende niet in het bezit is van de machtiging waarbij de terugbetaling toegelaten wordt, zal de apotheker het volledig ingevuld formulier “contante betaling” afleveren.

In de gevallen waarin de reglementering in de tussenkomst van een geneesheer specialist voorziet met het oog op de bevestiging van de diagnose en/of de oppuntstelling van de behandeling van de betrokken aandoening, is het vanzelfsprekend dat, behoudens daarmee tegenstrijdige bepalingen, de voorschriften opgesteld door de behandelende arts tijdens de door de adviserend geneesheer gemachtigde periode, voor terugbetaling in aanmerking komen.

Hoofdstuk IV. Bijzondere bepalingen

Art.19. § 1. Uitgezonderd voor de gipsbanden en ander gipsmateriaal ingeschreven in de afdeling 9 van deel I, hoofdstuk 2 van de lijst, is de basis waarop de verzekeringstegemoetkoming wordt berekend, de verkoopprijs aan publiek die voldoet aan de voorwaarden van artikel 6.

Die vergoedingsbasis is vermeld in de kolom ad hoc van de lijst.

§2. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de gipsbanden en ander gipsmateriaal is opgenomen in de ad hoc kolom van de lijst.

Art.20. Naast de in artikel 19, §1, bedoelde vergoedingsbasis staan in de daartoe bestemde kolommen van de lijst de bedragen van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden, die zijn berekend overeenkomstig de bepalingen van het voornoemd koninklijk besluit van 24 oktober 2002:

- kolom I = aandeel van de rechthebbende bedoeld in artikel 37 § 1 en § 9 van de Wet die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming
- kolom II = aandeel van de andere rechthebbenden.

Deze bedragen worden weergegeven met twee decimalen en afgerond naar de dichtstbijzijnde hogere of lagere eurocent. Als het resultaat precies de helft van een eenheid is, wordt het bedrag naar onder afgerond.

Art. 20bis. De wijzigingen aan de lijst gevoegd bij dit besluit die het gevolg zijn van de toepassing van artikel 3 van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, worden via omzendbrief aan de betrokken partijen meegedeeld.

s’y rapporte. L’autorisation doit être présentée au pharmacien qui la complète par les indications requises et la remet au bénéficiaire. Sur la prescription, le pharmacien mentionnera le numéro d’ordre encadré figurant sur l’autorisation ainsi que, dans tous les cas où cela s’avère indispensable pour la tarification, la catégorie en vertu de laquelle le médecin-conseil a autorisé le remboursement du moyen concerné.

Dans le cas où le régime du tiers payant n’est pas autorisé ou dans le cas où le bénéficiaire n’est pas en possession de l’autorisation autorisant le remboursement, le pharmacien lui remet le formulaire “paiement au comptant” dûment complété.

Dans les cas où la réglementation prévoit l’intervention d’un médecin spécialiste pour la confirmation du diagnostic et/ou la mise au point du traitement de l’affection visée, il va de soi que, sauf disposition contraire précisée dans la réglementation, les prescriptions rédigées par le médecin traitant pendant la période autorisée par le médecin-conseil entrent en ligne de compte pour le remboursement.

Chapitre IV. Dispositions particulières.

Art.19. § 1er. Excepté pour les bandes et autres matières plâtrées inscrites dans la section 9 de la partie I, chapitre 2 de la liste, la base de calcul de l’intervention de l’assurance est le prix public qui répond aux conditions de l’article 6.

Cette base de remboursement est mentionnée dans la colonne ad hoc de la liste.

§2. Le montant de l’intervention de l’assurance pour les bandes et autres matières plâtrées est repris dans la colonne ad hoc de la liste.

Art.20. En plus de la base de remboursement visée à l’article 19, §1er, figurent dans les colonnes ad hoc les montants de l’intervention des bénéficiaires, calculés conformément aux dispositions de l’arrêté royal du 24 octobre 2002 précité:

- colonne I = intervention du bénéficiaire visé à l’article 37 § 1 et § 9 de la Loi qui a droit à une intervention majorée de l’assurance
- colonne II = intervention des autres bénéficiaires.

Ces montants sont indiqués avec deux décimales et arrondis au cent d’euro supérieur ou inférieur le plus proche. Si le résultat est précisément la moitié d’une unité, le montant est arrondi vers le bas.

Art. 20bis. Les modifications à la liste annexée au présent arrêté faisant suite à l’application de l’article 3 de l’arrêté royal du 24 octobre 2002 fixant l’intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des moyens diagnostiques en du matériel de soins remboursables dans le cadre de l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités sont communiquées aux parties concernées par circulaire.

Een gecoördineerde versie van deze lijst wordt via het netwerk INTERNET door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bekendgemaakt op het adres http://www.riziv.fgov.be.

Une version coordonnée de cette liste est publiée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité par l'intermédiaire du réseau INTERNET à l'adresse http : //www.inami.fgov.be"

Art.21. De op de lijst opgenomen middelen die in de officina van de apotheker worden afgeleverd, mogen slechts naar rata van één enkele verpakking per geneesmiddelenvoorschrift worden aangerekend, met uitzondering voor de middelen waarbij in de kolom "Opmerkingen" de letter "M" staat.

Art.21. Les moyens admis dans la liste délivrés à l'officine du pharmacien, ne peuvent être portés en compte qu'à concurrence d'un seul conditionnement par ordonnance, avec exception pour les moyens affectés de la lettre "M" dans la colonne "Observations".

De rechthebbende betaalt per afgeleverde verpakking zijn persoonlijk aandeel dat wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van voornoemd koninklijk besluit van 24 oktober 2002.

Le bénéficiaire paie, par conditionnement délivré, son intervention personnelle fixée conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 24 octobre 2002.

Art.22 § 1. De tegemoetkoming die door de verzekering aan de verplegingsinrichtingen verschuldigd is voor de aangenomen middelen, toegediend aan de ter verpleging opgenomen rechthebbenden, wordt bepaald op grond van het bedrag vastgesteld per gebruikseenheid dat in de kolom "vergoedingsbasis" is vermeld; die eenheden zijn voorafgegaan van twee sterretjes (**).

Art.22 § 1er.L'intervention de l'assurance, due aux établissements hospitaliers, pour les moyens admis, administrés aux bénéficiaires hospitalisés, est déterminée en fonction du montant fixé par unité de prise figurant dans la colonne "base de remboursement"; ces unités sont précédées du signe double astérisque (**).

Op grond van deze bedragen vergoedt de verzekering:

En fonction de ces montants l'assurance rembourse:

a) 100% van de vergoedingsbasis zoals die is vermeld in de kolom ad hoc van de lijst voor de middelen die in categorie A zijn geklasseerd, alsmede deze die betrekking hebben op de oplossingen voor blaasspoelingen die bij toepassing van hoofdstuk 1 van deel I van de lijst zijn aangenomen;

a) 100% de la base de remboursement telle que mentionnée dans la colonne ad hoc de la liste des moyens qui sont classés en catégorie A, ainsi que celui se rapportant aux solutions pour irrigation vésicale admises en application du chapitre 1 de la partie I de la liste;

b) de vergoedingsbasis zoals die is vermeld in de kolom ad hoc van de lijst voor de middelen die in categorie B zijn geklasseerd, verminderd met 0,37 EUR per schijf van het aantal eenheden van de voorgeschreven dosering die begrepen zijn in de grootste aangenomen individuele verpakking van dit middel, of, bij het ontbreken van deze referte, per schijf van een hoeveelheid vastgesteld in de lijst. Wanneer in een verplegingsinrichting een zieke naar een andere dienst wordt overgeplaatst dient men, om het bedrag van 0,37 EUR te berekenen, er van uit te gaan dat een nieuwe schijf wordt begonnen;

b) la base de remboursement telle que mentionnée dans la colonne ad hoc de la liste des moyens qui sont inscrits en catégorie B, diminuée de 0,37 EUR par tranche du nombre d'unités du dosage prescrit comprises dans le plus grand conditionnement individuel remboursable de ces moyens ou, en l'absence de cette référence, par tranche d'une quantité fixée dans la liste. Lorsque le patient est transféré de service dans l'établissement hospitalier, il y a lieu, pour le calcul du montant de 0,37 EUR, de considérer qu'une nouvelle tranche est entamée;

c) 50 pct. van de vergoedingsbasis zoals die vermeld is in de kolom ad hoc van de lijst voor de middelen die in categorie C zijn geklasseerd;

c) 50 pct. de la base de remboursement telle qu'elle est indiquée dans la colonne ad hoc de la liste des moyens qui sont classés en catégorie C;

d) 40 pct. van de vergoedingsbasis zoals die vermeld is in de kolom ad hoc van de lijst voor de middelen die in categorie Cs zijn geklasseerd;

d) 40 pct. de la base de remboursement telle qu'elle est indiquée dans la colonne ad hoc de la liste des moyens qui sont classés en catégorie Cs;

e) 20 pct. van de vergoedingsbasis zoals die is vermeld in de kolom ad hoc van de lijst voor de middelen die in categorie Cx zijn geklasseerd.

e) 20 pct. de la base de remboursement telle qu'elle est indiquée dans la colonne ad hoc de la liste des moyens qui sont classés en catégorie Cx.

§ 2 - a) Ingeval de ziekenhuisofficina of het geneesmiddelendepot, overeenkomstig de bepalingen in het raam van het Ministerie van Volksgezondheid welke die materie reglementeren, gemachtigd is om geneesmiddelen af te leveren aan niet ter verpleging opgenomen personen, wordt de basis voor de berekening van de verzekeringstegemoetko-

§ 2 - a) Dans le cas où, conformément aux dispositions fixées dans le cadre du Ministère de la Santé publique réglementant cette matière, l'officine hospitalière ou le dépôt de médicaments est habilité à délivrer des moyens à des personnes non hospitalisées, le prix de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance est fixé par unité de prise

ming vastgesteld op grond van de vergoedingsbasis per farmaceutische eenheid zoals die voorkomt in de kolom "vergoedingsbasis"; die eenheden zijn voorafgegaan van een sterretje (*).

figurant dans la colonne "Base de remboursement"; ces unités sont précédées du signe astérisque (*).

b) Indien het om een rechthebbende gaat die verblijft in een rust- en verzorgingstehuis dat beschikt over een officina of een geneesmiddelendepot, conform de bepalingen uitgaande van het Ministerie van Volksgezondheid, dan wordt de basis voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming vastgesteld op grond van de vergoedingsbasis van het middel, berekend zoals aangegeven onder a), met dien verstande dat in zulk geval de middelen, die voor ziekenhuisgebruik zijn voorbehouden, niet voor vergoeding in aanmerking komen.

b) S'il s'agit d'un bénéficiaire séjournant dans une maison de repos et de soins qui dispose d'une officine ou d'un dépôt de médicaments conformément aux dispositions émanant du Ministère de la Santé publique, la base de l'intervention de l'assurance est déterminée au moyen de la base de remboursement du moyen, calculée comme indiqué sous a) étant entendu que dans ce cas, les nutritions médicales à l'usage hospitalier n'entrent pas en ligne de compte pour le remboursement.

Art.23 § 1. De op de lijst opgenomen middelen worden gemerkt met een conventioneel rood teken op witte achtergrond en zwart omlijst, waardoor ze worden onderscheiden van de verpakkingen, waarvoor geen tegemoetkoming wordt verleend.

Art. 23 § 1er. Les moyens admis dans la liste sont affectés d'un signe conventionnel de couleur rouge sur fond blanc et encadré de noir, qui les différencie des conditionnements ne donnant pas lieu à une intervention.

Dat teken is "A", "B", "C", "Cs" of "Cx" naargelang het gaat om verpakkingen die zijn aangenomen in de vergoedingscategorie A, B, C, Cs of Cx.

Ce signe est "A", "B", "C", "Cs" ou "Cx" selon qu'il s'agit de conditionnements admis en catégorie de remboursement A, B, C, Cs ou Cx.

Als het gaat om verpakkingen waarvoor vergoeding moet worden toegestaan door de adviserend geneesheer, zijn die tekens respectievelijk "Af", "Bf", "Cf", "Csf" of "Cxf".

S'il s'agit de conditionnements dont le remboursement doit être autorisé par le médecin-conseil, ces signes sont respectivement "Af", "Bf", "Cf", "Csf" ou "Cxf".

§ 2. Op de publiekverpakkingen van de op de lijst opgenomen middelen moeten de bedragen van het aandeel van de rechthebbenden zijn vermeld; die bedragen moeten tussen haakjes staan als het gaat om middelen waarvan de vergoeding moet worden toegestaan door de adviserend geneesheer.

§ 2. Les conditionnements publics des moyens admis dans la liste doivent mentionner les montants d'intervention des bénéficiaires; ces montants doivent être inscrits entre parenthèses lorsqu'il s'agit des moyens dont le remboursement doit être autorisé par le médecin-conseil.

Op elke verpakking van een nieuw aangenomen middel moeten die bedragen worden vermeld binnen twee maanden na de datum waarop de vergoedbaarheid in werking treedt.

Chaque conditionnement d'un moyen nouvellement admis devra mentionner ces montants dans les deux mois suivant la date d'entrée en vigueur de leur admission au remboursement.

§ 3. De middelen die alleen maar mogen worden vergoed als ze in een verplegingsinrichting worden toegediend, zijn gemerkt met het conventioneel teken "Ah", "Bh", "Ch", "Csh" of "Cxh" naar gelang van de categorie waarin ze zijn gerangschikt.

§ 3. Les moyens qui ne sont remboursables que lorsqu'ils sont administrés en milieu hospitalier sont affectés du signe conventionnel "Ah", "Bh", "Ch", "Csh" ou "Cxh" selon la catégorie dans laquelle ils sont classés.

Als het gaat om middelen die alleen maar mogen worden vergoed als ze worden toegediend in een verpleeginrichting en als voor de vergoeding de toestemming van de adviserend geneesheer vereist is, zijn die tekens "Ahf", "Bhf", Chf", "Cshf" of "Cxhf".

S'il s'agit de moyens qui ne sont remboursables que lorsqu'ils sont administrés en milieu hospitalier et que le remboursement est soumis à autorisation du médecin-conseil, ces signes sont "Ahf", "Bhf", Chf", "Cshf" ou "Cxhf".

Art.24. Bij ontstentenis van vermeldingen door de geneesheer betreffende de verpakking, is de verzekeringstegemoetkoming die welke is bepaald voor het kleinste vergoedbare model.

Art. 24. En l'absence d'indications du médecin relatives au conditionnement, l'intervention de l'assurance est celle prévue pour le plus petit modèle remboursable.

Als de geneesheer een vergoedbaar middel voorschrijft in een verpakking die groter is dan deze die als dusdanig voor vergoeding is aangenomen, is de verzekeringstegemoetkoming die welke is vastgesteld voor de grootste vergoedbare verpakking.

Si le médecin prescrit un moyen remboursable dans un conditionnement plus grand que le plus grand conditionnement qui est admis comme tel au remboursement, l'intervention de l'assurance est celle prévue pour le plus grand conditionnement admis.

In dat geval vermeldt de apotheker op het voorschrift dat hij die bepaling heeft toegepast.

Dans ce cas, le pharmacien indique sur la prescription qu'il a fait application de cette disposition.

Art. 25. Elk aangenomen middel moet effectief op de markt beschikbaar zijn in alle verpakkingen die ingeschreven zijn op de lijst.

De aanvrager is derhalve ertoe gehouden met een ter post aangetekende zending kennis te geven van de terugtrekking uit de vergoedbaarheid of het uit de handel nemen van één of meer van de hierboven bedoelde verpakkingen.

Indien de aanvrager de bepalingen van dit besluit overtreedt, kan de Raad de in artikel 17, § 2 beschreven procedure toepassen.

Art. 26. De aanvrager is ertoe gehouden vóór 31 maart van elk jaar, en voor de eerste maal vóór 31 maart 2003, met een ter post aangetekende zending aan de dienst -secretariaat van de Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen -het aantal verpakkingen van elk aangenomen middel of, bij ontstentenis daarvan, het aantal gebruikseenheden mee te delen dat tijdens het vorige jaar op de Belgische markt is verkocht.

Art. 27. De geneesmiddelenvoorschriften mogen niet meer worden uitgevoerd voor rekening van de verzekeringsinstellingen na een termijn die verstrijkt op het einde van de derde kalendermaand die volgt, ofwel op de datum van het voorschrift, ofwel op de datum die de voorschrijver heeft vermeld en waarop hij de aflevering wil uitgevoerd zien.

Art.28. De Dienst is ermee belast de wijzigingen die moeten worden aangebracht in de benamingen van de opgenomen middelen bekend te maken, alsmede het feit dat ze uit de handel zijn genomen.

De Dienst is er eveneens mee belast de codenummers bekend te maken die aan elke opgenomen verpakking en aan elke in artikel 22 van dit besluit bedoelde gebruikseenheid zijn toegewezen.

Art. 29. Voor elk middel dat aangenomen is, moet de verbintenis zoals bedoeld in artikel 7 door de aanvrager ondertekend worden binnen een termijn van 30 dagen na publicatie van dit besluit.

Deze verbintenis moet ingediend worden volgens het model zoals opgenomen in deel II, a), van de lijst.

Elk vergoedbaar middel waarvoor na het verstrijken van de termijn van 30 dagen zoals bedoeld in het vorige lid, geen enkele aanvrager de verbintenis heeft ondertekend, zal van rechtswege en zonder procedure geschrapt worden uit de lijst.

Hoofdstuk V. Overgangsbepaling.

Art. 30. De inschrijving op de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, van middelen die opgenomen zijn op de lijst die gevoegd is bij dit

Art. 25. Tout moyen doit être effectivement disponible sur le marché sous tous les conditionnements qui sont inscrits dans la liste.

Le demandeur est dès lors tenu de notifier, par envoi recommandé à la poste, le retrait ou la mise hors marché d'un ou des conditionnements susvisés.

Si le demandeur contrevient aux dispositions du présent arrêté, la Commission peut appliquer la procédure visée à l'article 17, § 2.

Art. 26. Avant le 31 mars de chaque année et pour la première fois avant le 31 mars 2003, le demandeur est tenu de communiquer, par envoi recommandé à la poste, au service - secrétariat du Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins - le nombre de conditionnements de chaque moyen admis ou, à défaut, le nombre d'unités de prise vendues sur le marché belge au cours de l'année précédente

Art. 27. Les prescriptions de médicaments ne peuvent plus être exécutées pour le compte des organismes assureurs après un délai qui expire à la fin du troisième mois calendrier qui suit, soit la date de la prescription, soit la date indiquée par le prescripteur à laquelle il souhaite voir effectuer la délivrance.

Art.28. Le Service est chargé de la publication des modifications à apporter aux dénominations des moyens admis ainsi que de leur retrait du marché.

Le Service est également chargé de publier les numéros de code attribués à chaque conditionnement admis ainsi qu'à chaque unité de prise visée à l'article 22.

Art. 29. Pour tout moyen admis, l'engagement tel que mentionné à l'article 7, doit être signé par le demandeur dans un délai de 30 jours après la publication du présent arrêté.

Cet engagement doit être introduit conformément au modèle figurant dans la partie II, a) de la liste.

Tout moyen admis, pour lequel, après l'expiration du délai prévu dans l'alinéa précédent, aucun demandeur n'aura signé d'engagement, sera, de plein droit et sans procédure, supprimé de la liste.

Chapitre V. Disposition transitoire.

Art. 30. L'inscription sur la liste, annexée à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, des moyens qui sont admis sur la liste annexée au présent arrêté, est abrogée à partir de

besluit wordt opgeheven vanaf de datum van inwerkingtreding van dit besluit.

Art. 31. Tot de eerste dag van de zevende maand na de inwerkingtreding van dit besluit kan de adviserend geneesheer die een machtiging toestaat voor de middelen die opgenomen zijn op de lijst, het model van de machtiging gebruiken dat wordt opgelegd overeenkomstig de bepalingen van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten.

Alle machtigingen die toegestaan zijn door de adviserend geneesheer vóór de eerste dag van de zevende maand na de inwerkingtreding van dit besluit overeenkomstig de bepalingen van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, blijven geldig gedurende de looptijd van die machtigingen.

Hoofdstuk VI. Slotbepalingen.

Art.32. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de maand na die waarin dit besluit in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

Art.33. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering ervan.

Gegeven te Brussel, 24 oktober 2002

la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 31. Jusqu'au premier jour du septième mois qui suit l'entrée en vigueur du présent arrêté, le médecin-conseil qui accorde une autorisation pour les moyens qui sont repris dans la liste, peut utiliser le modèle d'attestation qui est imposé suivant les dispositions de la liste, jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

Toutes les autorisations qui sont accordées par le médecin-conseil avant le premier jour du septième mois qui suit l'entrée en vigueur du présent arrêté suivant les dispositions de la liste, jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, restent valables durant la période de validité de ces autorisations.

Chapitre VI. Dispositions finales.

Art.32. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Art.33. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de son exécution.

Donné à Bruxelles, le 24 octobre 2002

Van Koningswege
De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen
F. VANDENBROUCKE

Par le Roi,
Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions

BIJLAGE-ANNEXE

DEEL I – LIJST VAN DE VERGOEDBARE DIAGNOSTISCHE MIDDELEN EN VERZORGINGSMIDDELEN

PARTIE I – LISTE DES MOYENS DIAGNOSTIQUES ET DU MATERIEL DE SOINS REMBOURSABLES

Hoofdstuk 1 – lijst van de vergoedbare blaas-spoelmiddelen

Chapitre 1 – liste des solutions pour irrigation vésicale remboursables

Criterium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemoetk. Base de rembours.	I	II
B		ECOBAG AQUA. B. Braun Medical					
	0735-092	* zak – sac 3 l		6,9800	6,9800		
	0735-092	** zak – sac 3 l		5,7300	5,7300		
B		ECOBAG GLYCINE 1,5% B. Braun Medical					
	0735-126	* zak – sac 3 l		8,8400	8,8400		
	0735-126	** zak – sac 3 ll		7,2600	7,2600		
B		ECOBAG NaCl 0,9%. B. Braun Medical					
	0735-134	* zak – sac 3 l		7,3400	7,3400		
	0735-134	** zak – sac 3 l		6,0300	6,0300		
B	0764-050	GLYCINE 1,5% Fresenius Kabi * pr. zak-sac 3 l glycine 1,5%		8,9500	8,9500		
	0764-050	** pr. zak-sac 3 l glycine 1,5%		7,3500	7,3500		
B		NaCl 0,9% Fresenius Kabi					
	0762-971	* pr. zak-sac 3 l NaCl 0,9%		7,3000	7,3000		
	0762-971	** pr. zak-sac 3 l NaCl 0,9%		6,0000	6,0000		
B		PURISOLE SM Fresenius Kabi					
	0762-989	* pr. fl 1 l		6,7600	6,7600		
	0762-989	** pr. fl 1 l		5,5500	5,5500		
B		PURISOLE SM DILUE Fresenius Kabi PURISOLE SM VERDUND					
	0766-634	* pr. fl 3 l		9,2100	9,2100		
	0766-642	* pr. fl 10 l		25,1800	25,1800		
	0766-634	** pr. fl 3 l		8,6400	8,6400		
	0766-642	** pr. fl 10 l		23,6100	23,6100		
B	0735-035	EAU Aguettant * pr. zak-sac 3 l		6,9800	6,9800		
	0735-035	** pr. zak-sac 3 l		5,7300	5,7300		
B	0735-043	GLYCOCOLLE Aguettant * pr. zak-sac 3 l		8,9500	8,9500		
	0735-043	** pr. zak-sac 3 l		7,3500	7,3500		
B		NaCl 0,9% Aguettant					
	0735-050	* pr. zak-sac 3 l		7,3400	7,3400		
	0735-050	** pr. zak-sac 3 l		6,0300	6,0300		
B		UROMATIC Baxter					
	0735-068	* pr. zak-sac 3 l aqua		6,9800	6,9800		
	0745-109	* pr. zak-sac 3 l glycine 1,5% - Ethanol 1%		8,9500	8,9500		
	0735-076	* pr. zak-sac 3 l glycine 1,5%		8,9500	8,9500		
	0735-084	* pr. zak-sac 3 l NaCl 0,9%		7,3400	7,3400		
	0735-068	** pr. zak-sac 3 l aqua		5,7300	5,7300		
	0745-109	** pr. zak-sac 3 l glycine 1,5% - Ethanol 1%		7,3500	7,3500		
	0735-076	** pr. zak-sac 3 l glycine 1,5%		7,3500	7,3500		
	0735-084	** pr. zak-sac 3 l NaCl 0,9%		6,0300	6,0300		
B	0735-431	URO-TAINER Braun					
	0735-431	* pr. zak-sac 100 ml NaCl 0,9%		2,7900	2,7900		
		** pr. zak-sac 100 ml NaCl 0,9%		2,2900	2,2900		
B		UROTAINER 100 ml SOLUTIO R. B. Braun Medical					
	0735-472	* zak – sac 100 ml		2,8800	2,8800		
	0735-472	** zak – sac 100 ml		2,3600	2,3600		
B		UROTAINER 100 ml SUBY G B. Braun Medical					
	0735-464	* zak – sac 100 ml		2,8800	2,8800		
	0735-464	** zak – sac 100 ml		2,3600	2,3600		

Hoofdstuk 2 – lijst van de vergoedbare verzorgingsmiddelen

Afdeling 1
Opgeheven / abrogé KB 03/08/2007

Afdeling 2
Geschrapt / supprimé

Afdeling 3
Geschrapt/supprimé

Afdeling 4
Opgeheven / abrogé KB/AR 03/08/2007

Afdeling 5 - haarprothesen

§ 1. De haarprothesen komen slechts in aanmerking voor een tegemoetkoming indien zij worden voorgeschreven ter behandeling van volgende indicaties:

1° volledige kaalhoofdigheid door radiotherapie en/of antimitotische chemotherapie;

2° alopecia areata zo het alopecia-oppervlak meer dan 30 % bedraagt;

3° cicatriciële alopecia van fysisch-chemische, traumatische of inflammatoire oorsprong zo het alopecia-oppervlak meer dan 30 % bedraagt;

4° cicatriciële alopecia van radiotherapeutische oorsprong.

§ 2. De tegemoetkoming bedraagt:

1° 180 euro voor de indicaties voorzien in § 1, 1°, 2° en 3°;

2° 270 euro voor de indicaties voorzien in § 1, 4°.

§ 3. Deze tegemoetkoming, die evenwel nooit meer dan het werkelijk betaalde bedrag mag bedragen, wordt verleend op basis van een aanvraag door de behandelende arts voor de indicatie voorzien in § 1, 1°, of door de behandelende dermatoloog voor de indicaties voorzien in § 1, 2°, 3° en 4°, en van de voldane factuur van de haarprothese.

§ 4. De hernieuwing van de tegemoetkoming voor een haarprothese mag slechts worden toegestaan:

1° voor de indicaties voorzien in § 1, 1°, als ten gevolge van een nieuwe radiotherapie en/of antimitotische chemotherapie opnieuw volledige kaalhoofdigheid opgetreden is en ten vroegste na een termijn van twee jaar te rekenen vanaf de datum van de vorige levering;

2° voor de indicaties voorzien in § 1, 2°, 3° en 4°, na een termijn van twee jaar te rekenen vanaf de datum van de vorige levering.

Chapitre 2 – liste du matériel de soins remboursable

Section 1

Section 2

Section 3

Section 4

Section 5 - prothèses capillaires

§ 1er. Les prothèses capillaires ne font l'objet d'une intervention que si elles sont prescrites pour le traitement d'une des indications suivantes:

1° calvitie totale suite à une radiothérapie et/ou une chimiothérapie antimitotique;

2° pelade d'une superficie de plus de 30 %;

3° alopécie cicatricielle d'origine physico-chimique, traumatique ou inflammatoire d'une superficie de plus de 30 % ;

4° alopécie cicatricielle d'origine radiothérapeutique.

§ 2. L'intervention s'élève à:

1° 180 euros pour les indications prévues dans le § 1er, 1°, 2° et 3°;

2° 270 euro pour les indications prévues dans le § 1er, 4°.

§ 3. Cette intervention qui ne peut jamais dépasser le montant effectivement payé, est allouée, sur base d'une demande rempli par le médecin traitant pour l'indication prévue dans le § 1er, 1° ou par le dermatologue traitant pour les indications prévues dans § 1er, 2°, 3° et 4° et de la facture acquittée de la prothèse capillaire.

§ 4. Le renouvellement de l'intervention pour une prothèse capillaire peut seulement être accordé :

1° pour les indications prévues dans le § 1er, 1°, lorsque suite à une nouvelle radiothérapie et/ou chimiothérapie antimitotique, une nouvelle calvitie totale se manifeste et au plus tôt après une période de deux ans à compter de la date de la précédente fourniture;

2° pour les indications prévues dans le § 1er, 2°, 3° et 4°, après une période de deux ans à compter de la date de la précédente fourniture.

Afdeling 6 – Zuurstofconcentratoren

§ 1. De volgende medische hulpmiddelen worden vergoed in het kader van zuurstoftherapie bij de rechthebbende thuis:

A. Voor palliatieve patiënten die beantwoorden aan de criteria van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en die lijden aan hypoxemie die verbetert door zuurstofgebruik.

De behandelende arts stelt een voorschrift op voor maximum een maand.
Hij houdt rekening met de niet–gelijktijdige vergoeding van een oxyconcentrator hieronder vermeld, met medische gasvormige zuurstof en/of medische vloeibare zuurstof.

De vergoeding mag worden verleend zonder dat de adviserend geneesheer daarvoor toestemming moet geven, voor zover de behandelende arts op het voorschrift “derdebetalingsregeling van toepassing” heeft vermeld.

Onder die voorwaarden is de apotheker gerechtigd om de derdebetalersregeling toe te passen.

B. Voor patiënten met acute hypoxemie die verbetert door zuurstofgebruik.

De behandelende arts stelt een voorschrift op voor maximum een maand.
Hij houdt rekening met de niet–gelijktijdige vergoeding van een oxyconcentrator hieronder vermeld, met gasvormige medische zuurstof en/of vloeibare medische zuurstof tenzij de 1ste maand van gebruik van gasvormige medische zuurstof of vloeibare medische zuurstof in het kader van de revalidatie-conventie zuurstoftherapie.

De voorschrijvende arts houdt rekening met een maximale termijn van de zuurstofbehandeling van maximaal 3 perioden per 12 maanden met een maximum van 1 maand per periode. De periode van 12 maanden begint bij de eerste periode die wordt toegekend.

Op basis van een behoorlijk gemotiveerde aanvraag, waarbij de hypoxemie klinisch gedocumenteerd wordt en die is opgesteld door de behandelende arts, reikt de adviserend geneesheer aan de rechthebbende een machtiging uit waarvan het model is bepaald onder “e” van deel II van de lijst en die als bijlage volgt bij dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot 12 maanden met maximaal 3 perioden tot tegemoetkoming van telkens maximaal 1 maand. De apotheker dient deze machtiging te hechten aan het laatste voorschrift.

Section 6 – Oxyconcentrateurs

§ 1er. Les moyens suivants sont remboursés dans le cadre d’une oxygénothérapie à domicile:

A. pour les patients en situation palliative répondant aux critères de l’arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 et atteint d’ hypoxémie qui s’améliore avec l’usage d’oxygène .

Le médecin traitant rédige une prescription pour maximum un mois.
Il tient compte du non remboursement simultané d’un oxyconcentrateur mentionné ci-dessous, avec l’oxygène médical gazeux et/ou l’oxygène médical liquide.

Le remboursement peut être accordé sans que le médecin-conseil doive l’autoriser pour autant que le médecin traitant appose sur la prescription la mention « tiers-payant applicable »

Dans ces conditions, le pharmacien est habilité à appliquer le tiers-payant.

B. Pour les patients atteints d’hypoxémie aiguë qui s’améliore avec l’usage d’oxygène.

Le médecin traitant rédige une prescription pour maximum un mois.
Il tient compte du non remboursement simultané d’un oxyconcentrateur mentionné ci-dessous, avec l’oxygène médical gazeux et/ou l’oxygène médical liquide sauf le premier mois de l’usage d’oxygène médical gazeux ou de l’oxygène médical liquide dans le cadre de la convention rééducation pour l’oxygénothérapie.

Le médecin prescripteur tient compte d’une durée totale pour l’oxygénothérapie de maximum 3 périodes par 12 mois avec un maximum d’ 1 mois par période. La période de 12 mois commence à la première période accordée.

Sur base d’une demande circonstanciée dûment motivée établie par le médecin traitant , dans laquelle l’hypoxémie est cliniquement documentée, le médecin conseil délivre au bénéficiaire l’autorisation dont le modèle est fixé sous “e” de la partie II de la liste et repris en annexe du présent arrêté et dont la durée de validité est limitée à 12 mois avec maximum 3 périodes de remboursement de chacune 1 mois maximum. Le pharmacien doit attacher cette autorisation à la dernière prescription.

AIRSEP CONCENTRATEUR D'OXYGENE VITALAIRE (AIR LIQUIDE MEDICAL)
CONCENTRATEUR D'OXYGENE INVACARE PERFECTO2 LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)
CONCENTRATEUR D'OXYGENE OXYTEC (UNIVERSAL PHARMA)
CONCENTRATEUR D'OXYGENE RESPIRONICS EVERFLO LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)
CONCENTRATEUR D'OXYGENE TGZ/HAD (APROPHAR NV)
INVACARE OXYCONCENTRATEUR VitalAire (AIR LIQUIDE MEDICAL)
INVACARE CONCENTRATEUR (Mediox BVBA)
KRÖBER ZUURSTOFCONCENTRATOR (OXYCURE)
KRÖBER ZUURSTOFCONCENTRATOR (LINDE GAS)
OXYCONCENTRATEUR AIRSEP – VISIONAIRE (REMEDUS)
OXYCONCENTRATEUR – DEVILBISS 525 (MESSER BELGIUM)
OXYCONCENTRATEUR – DEVILBISS 515 (MESSER BELGIUM)
OXYCONCENTRATEUR HIKONEB/OXYBREATH (IJSFABRIEK STROMBEEK)
OXYCONCENTRATEUR - KRÖBER O2 (MESSER BELGIUM)
OXYCONCENTRATEUR KRÖBER - KRÖBER O2 (REMEDUS)
OXYCONCENTRATEUR VISIONAIRE (AIR PRODUCTS)
VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NEWLIFE (VIVISOL B)
VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NUVO (VIVISOL B)
VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NUVO LITE (VIVISOL B)
VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE Visionaire (VIVISOL B)
VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE Everflo (VIVISOL B)

AIRSEP ZUURSTOFCONCENTRATOR VITALAIRE (AIR LIQUIDE MEDICAL)
INVACARE ZUURSTOFCONCENTRATOR VitalAire (AIR LIQUIDE MEDICAL)
INVACARE CONCENTRATOR (Mediox BVBA)
KRÖBER CONCENTRATEUR d'OXYGENE (OXYCURE)
KRÖBER CONCENTRATEUR d'OXYGENE (LINDE GAS)
VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NEWLIFE (VIVISOL B)
VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NUVO (VIVISOL B)
VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NUVO LITE (VIVISOL B)
VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR Visionaire (VIVISOL B)
VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR Everflo (VIVISOL B)
ZUURSTOFCONCENTRATOR AIRSEP – VISIONAIRE (REMEDUS)
ZUURSTOFCONCENTRATOR – DEVILBISS 515 (MESSER BELGIUM)
ZUURSTOFCONCENTRATOR – DEVILBISS 525 (MESSER BELGIUM)
ZUURSTOFCONCENTRATOR HIKONEB/OXYBREATH (IJSFABRIEK STROMBEEK)
ZUURSTOFCONCENTRATOR INVACARE PERFECTO2 LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)
ZUURSTOFCONCENTRATOR - KRÖBER O2 (MESSER BELGIUM)
ZUURSTOFCONCENTRATOR KRÖBER - KRÖBER O2 (REMEDUS)
ZUURSTOFCONCENTRATOR OXYTEC (UNIVERSAL PHARMA)
ZUURSTOFCONCENTRATOR RESPIRONICS EVERFLO LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)
ZUURSTOFCONCENTRATOR TGZ/HAD (APROPHAR NV)
ZUURSTOFCONCENTRATOR VISIONAIRE (AIR PRODUCTS)

§ 2. Verzekeringstegemoetkoming

A. De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is de volgende:

1°:

§ 2. Intervention de l'assurance

A. L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est la suivante:

1°:

Installatie door de leverancier / Installation par le fournisseur :						
Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Prix	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A	2725-372	AIRSEP CONCENTRATEUR D'OXYGENE VITALAIRE / AIRSEP ZUURSTOFCONCENTRATOR VITALAIRE (AIR LIQUIDE MEDICAL)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-893	CONCENTRATEUR D'OXYGENE INVACARE PERFECTO2 LINDE / ZUURSTOFCONCENTRATOR INVACARE PERFECTO2 LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2835-445	CONCENTRATEUR D'OXYGENE OXYTEC / (ZUURSTOFCONCENTRATOR OXYTEC (UNIVERSAL PHARMA)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-786	CONCENTRATEUR D'OXYGENE RESPIRONICS EVERFLO LINDE / ZUURSTOFCONCENTRATOR RESPIRONICS EVERFLO LINDE (LINDE GAS	31,80	31,80	0,00	0,00

		BELGIUM N.V.)				
A	2725-836	CONCENTRATEUR D'OXYGENE TGZ/HAD / ZUURSTOFCONCENTRATOR TGZ/HAD (APROPHAR NV)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-349	INVACARE OXYCONCENTRATEUR VitalAire / INVACARE ZUURSTOFCONCENTRATOR VitalAire (AIR LIQUIDE MEDICAL)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	3048-857	INVACARE CONCENTRATEUR / INVACARE CONCENTRATOR (Mediox BVBA)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2342-277	KRÖBER CONCENTRATEUR d'OXYGENE / KRÖBER ZUURSTOFCONCENTRATOR (OXYCURE)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2693-919	KRÖBER CONCENTRATEUR d'OXYGENE / KRÖBER ZUURSTOFCONCENTRATOR (LINDE GAS)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-455	OXYCONCENTRATEUR AIRSEP – VISIONAIRE / ZUURSTOFCONCENTRATOR AIRSEP – VISIONAIRE (REMEDUS)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-562	OXYCONCENTRATEUR – DEVILBISS 525 / ZUURSTOFCONCENTRATOR – DEVILBISS 525 (MESSER BELGIUM)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-604	OXYCONCENTRATEUR – DEVILBISS 515 / ZUURSTOFCONCENTRATOR – DEVILBISS 515 (MESSER BELGIUM)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2744-522	OXYCONCENTRATEUR HIKONEB/OXYBREATH / (ZUURSTOFCONCENTRATOR HIKONEB/OXYBREATH IJSFABRIEK STROMBEEK)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-513	OXYCONCENTRATEUR - KRÖBER O2 / ZUURSTOFCONCENTRATOR - KRÖBER O2 (MESSER BELGIUM)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-489	OXYCONCENTRATEUR KRÖBER - KRÖBER O2 / ZUURSTOFCONCENTRATOR KRÖBER - KRÖBER O2 (REMEDUS)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-869	OXYCONCENTRATEUR VISIONAIRE / ZUURSTOFCONCENTRATOR VISIONAIRE (AIR PRODUCTS)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-752	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NEWLIFE /VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NEWLIFE (VIVISOL B)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-679	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NUVO / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NUVO (VIVISOL B)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2725-729	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NUVO LITE / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NUVO LITE (VIVISOL B)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2900-710	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE Visionaire / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR Visionaire (VIVISOL B)	31,80	31,80	0,00	0,00
A	2900-744	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE Everflo / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR Everflo (VIVISOL B)	31,80	31,80	0,00	0,00

2°: a) 2°: a)

Huurgeld en onderhoud / Location et entretien						
Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Prix	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A	2725-380	AIRSEP CONCENTRATEUR D'OXYGENE VITALAIRE / AIRSEP ZUURSTOFCONCENTRATOR VITALAIRE (AIR LIQUIDE MEDICAL)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-810	CONCENTRATEUR D'OXYGENE INVACARE PERFECTO2 LINDE / ZUURSTOFCONCENTRATOR INVACARE PERFECTO2 LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2835-460	CONCENTRATEUR D'OXYGENE OXYTEC / ZUURSTOFCONCENTRATOR OXYTEC (UNIVERSAL PHARMA)	90,10	90,10	0,00	0,00

A	2725-794	CONCENTRATEUR D'OXYGENE RESPIRONICS EVERFLO LINDE / ZUURSTOFCONCENTRATOR RESPIRONICS EVERFLO LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-844	CONCENTRATEUR D'OXYGENE TGZ/HAD / ZUURSTOFCONCENTRATOR TGZ/HAD (APROPHAR NV)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-356	INVACARE OXYCONCENTRATEUR VitalAire / INVACARE ZUURSTOFCONCENTRATOR VitalAire (AIR LIQUIDE MEDICAL)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	3048-865	INVACARE CONCENTRATEUR / INVACARE CONCENTRATOR (Mediox BVBA)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2342-269	KRÖBER CONCENTRATEUR d'OXYGENE / KRÖBER ZUURSTOFCONCENTRATOR (OXYCURE)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2693-927	KRÖBER CONCENTRATEUR d'OXYGENE / KRÖBER ZUURSTOFCONCENTRATOR (LINDE GAS)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-463	OXYCONCENTRATEUR AIRSEP – VISIONAIRE / ZUURSTOFCONCENTRATOR AIRSEP – VISIONAIRE (REMEDUS)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-570	OXYCONCENTRATEUR – DEVILBISS 525 / ZUURSTOFCONCENTRATOR – DEVILBISS 525 (MESSER BELGIUM)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-620	OXYCONCENTRATEUR – DEVILBISS 515 / ZUURSTOFCONCENTRATOR – DEVILBISS 515 (MESSER BELGIUM)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2744-530	OXYCONCENTRATEUR HIKONEB/OXYBREATH / (ZUURSTOFCONCENTRATOR HIKONEB/OXYBREATH IJSFABRIEK STROMBEEK)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-521	OXYCONCENTRATEUR - KRÖBER O2 / ZUURSTOFCONCENTRATOR - KRÖBER O2 (MESSER BELGIUM)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-497	OXYCONCENTRATEUR KRÖBER - KRÖBER O2 / ZUURSTOFCONCENTRATOR KRÖBER - KRÖBER O2 (REMEDUS)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-877	OXYCONCENTRATEUR VISIONAIRE / ZUURSTOFCONCENTRATOR VISIONAIRE (AIR PRODUCTS)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-760	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NEWLIFE / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NEWLIFE (VIVISOL B)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-687	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NUVO / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NUVO (VIVISOL B)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2725-737	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NUVO LITE / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NUVO LITE (VIVISOL B)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2900-728	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE Visionaire / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR Visionaire (VIVISOL B)	90,10	90,10	0,00	0,00
A	2900-751	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE Everflo / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR Everflo (VIVISOL B)	90,10	90,10	0,00	0,00

Bevochtiger voor éénmalig gebruik / Humidificateur à usage unique

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Prijs Prix	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A	2725-398	AIRSEP CONCENTRATEUR D'OXYGENE VITALAIRE / AIRSEP ZUURSTOFCONCENTRATOR VITALAIRE (AIR LIQUIDE MEDICAL)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-828	CONCENTRATEUR D'OXYGENE INVACARE PERFECTO2 LINDE / ZUURSTOFCONCENTRATOR INVACARE PERFECTO2 LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2835-478	CONCENTRATEUR D'OXYGENE OXYTEC / ZUURSTOFCONCENTRATOR OXYTEC (UNIVERSAL PHARMA)	5,51	5,51	0,00	0,00

A	2725-802	CONCENTRATEUR D'OXYGENE RESPIRONICS EVERFLO LINDE / ZUURSTOFCONCENTRATOR RESPIRONICS EVERFLO LINDE (LINDE GAS BELGIUM N.V.)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-851	CONCENTRATEUR D'OXYGENE TGZ/HAD / ZUURSTOFCONCENTRATOR TGZ/HAD (APROPHAR NV)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-364	INVACARE OXYCONCENTRATEUR VitalAire / INVACARE ZUURSTOFCONCENTRATOR VitalAire (AIR LIQUIDE MEDICAL)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	3048-840	INVACARE CONCENTRATEUR / INVACARE CONCENTRATOR (Mediox BVBA)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2342-285	KRÖBER CONCENTRATEUR d'OXYGENE / KRÖBER ZUURSTOFCONCENTRATOR (OXYCURE)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2693-943	KRÖBER CONCENTRATEUR d'OXYGENE / KRÖBER ZUURSTOFCONCENTRATOR (LINDE GAS)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-471	OXYCONCENTRATEUR AIRSEP – VISIONAIRE / ZUURSTOFCONCENTRATOR AIRSEP – VISIONAIRE (REMEDUS)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-588	OXYCONCENTRATEUR – DEVILBISS 525 / ZUURSTOFCONCENTRATOR – DEVILBISS 525 (MESSER BELGIUM)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-638	OXYCONCENTRATEUR – DEVILBISS 515 / ZUURSTOFCONCENTRATOR – DEVILBISS 515 (MESSER BELGIUM)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2744548	OXYCONCENTRATEUR HIKONEB/OXYBREATH / (ZUURSTOFCONCENTRATOR HIKONEB/OXYBREATH IJSFABRIEK STROMBEEK)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-539	OXYCONCENTRATEUR - KRÖBER O2 / ZUURSTOFCONCENTRATOR - KRÖBER O2 (MESSER BELGIUM)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-505	OXYCONCENTRATEUR KRÖBER - KRÖBER O2 / ZUURSTOFCONCENTRATOR KRÖBER - KRÖBER O2 (REMEDUS)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-885	OXYCONCENTRATEUR VISIONAIRE / ZUURSTOFCONCENTRATOR VISIONAIRE (AIR PRODUCTS)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-778	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NEWLIFE / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NEWLIFE (VIVISOL B)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-695	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NUVO / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NUVO (VIVISOL B)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2725-745	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE NUVO LITE / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR NUVO LITE (VIVISOL B)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2900-702	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE Visionaire / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR Visionaire (VIVISOL B)	5,51	5,51	0,00	0,00
A	2900-736	VIVISOL CONCENTRATEUR D'OXYGENE Everflo / VIVISOL ZUURSTOFCONCENTRATOR Everflo (VIVISOL B)	5,51	5,51	0,00	0,00

Honorarium van de apotheker voor de begeleiding van de therapie en de coördinatie van de tarificatie / Honoraires du pharmacien pour l'accompagnement de la thérapie et la coordination de la tarification

Cat.	Code	Benaming en verpakking Dénomination et conditionnement	Vergoedingsbasis Base de remboursement	I	II
A	4004-941	Honorarium van de apotheker voor de begeleiding van de therapie en de coördinatie van de tarificatie / Honoraires du pharmacien pour l'accompagnement de la thérapie et la coordination de la tarification	P6,70	0,00	0,00

b) Het huurgeld en onderhoud dekt naast de kosten van het huren van het toestel, van één zuurstofbril of masker en van één zuurstofslang ook het vervangen van de filters na hun voorziene levensduur evenals de toebehoren en de honoraria

b) La location et l'entretien couvre à côté des coûts liés à la location de l'appareil, d'une paire de lunettes d'oxygène, d'une masque à oxygène et un tuyau à oxygène aussi les coûts liés au remplacement des

bedoeld in afdeling 10 die verbonden zijn aan de installatie en de eventuele levering van een noodfles medische gasvormige zuurstof.

B. De tegemoetkoming vermeld in A, 1° kan slechts eenmaal per therapie worden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepaling is er voor de rechthebbenden bedoeld in hoofdstuk 2, afdeling 6, § 1, A van deel 1 van de bijlage gevoegd bij hetzelfde besluit slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden tot tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, ten vroegste na een periode van 12 maanden die begint vanaf de eerste dag van de eerste maand behandeling.
Voor de rechthebbenden bedoeld in hoofdstuk 2, afdeling 6, § 1, B van deel 1 van de bijlage gevoegd bij hetzelfde besluit is er slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden tot tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, met een maximum van 3 per 12 maanden, vanaf de eerste dag van de eerste maand van de toelating.

C. De tegemoetkomingen vermeld in A, 2°, a), kunnen slechts éénmaal per maand aangerekend worden.

D. De tegemoetkoming, vermeld in punten A, B en C, is ook van toepassing op residenten van:

- Rustoord voor bejaarden
- Rust - en verzorgingstehuis
- Psychiatrisch verzorgingstehuis
- Dagverzorgingscentrum
- Een door de gemeenschappen erkende woonvoorziening voor kinderen, jongeren of gehandicapten
- Een initiatief voor beschut wonen
- Residentieel revalidatiecentrum

wanneer de verstrekkingen door de ziekenhuisapotheker uitgevoerd zijn.

filtres après leur durée de vie prévue ainsi que les accessoires et honoraires visés à la section 10 et qui sont liés à l'installation et la livraison éventuelle d'une bouteille d'oxygène médical gazeux de dépannage.

B. L'intervention mentionnée au A, 1°, ne peut être portée en compte qu'une seule fois par thérapie. Pour l'application de cette disposition, pour les bénéficiaires visés au chapitre 2, section 6, §1, A de la partie I de l'annexe à ce même arrêté, il est seulement question d'une nouvelle thérapie pour des périodes de remboursement non consécutives, au plus tôt après une période de 12 mois prenant cours le premier jour du premier mois de traitement.
Pour les bénéficiaires visés au chapitre 2, section 6, §1, B de la partie I de l'annexe à ce même arrêté, il est seulement question d'une nouvelle thérapie pour des périodes de remboursement non consécutives, avec un maximum de 3 par 12 mois, à partir du premier jour du premier mois de l'accord.

C. Les interventions mentionnées au A, 2°, a), ne peuvent être portés en compte qu'une seule fois par mois.

D. L'intervention décrite aux points A, B et C est également applicable aux résidents des :

- Maison de repos pour personnes âgées
- Maison de repos et de soins
- Maison de soins psychiatriques
- Centre de soins de jour
- Habitations de soins reconnues par les communautés pour des enfants, des jeunes ou des handicapés
- Une initiative d'habitation protégée
- Centre de rééducation résidentiel

lorsque les prestations sont exécutées par un pharmacien hospitalier.

Afdeling 7 – pompen / medicatiecassette

De tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt berekend op basis van de vergoedingsbasis 'één sterretje' die gelijk is aan 30,4400 euro en dit volgens de bepalingen van artikel 22, §2, a) van dit besluit.

De tegemoetkoming door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dekt alle kosten in verband met :

- de pomp en de toedieningsslang;
- de medicatiecassette, de huur van de pomp en de toedieningsslang.

Er mag aan de rechthebbende geen bijkomende kosten aangerekend voor de pomp of de toedieningsslang, noch de medicatiecassette, de huur van de pomp en de toedieningsslang.

De pompen en de medicatiecassette opgenomen op de lijst worden vergoed in vergoedingscategorie B.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt berekend op basis van de vergoedingsbasis 'één sterretje' van 30,4400 euro en dit volgens de bepalingen van artikel 22, §2, a) van dit besluit.

Enkel pompen en medicatiecassettes die opgenomen zijn op de lijst en die afgeleverd worden door een ziekenhuisapotheker, komen in aanmerking voor de tegemoetkoming.

De tegemoetkoming wordt niet toegekend als de pomp of de medicatiecassette afgeleverd wordt aan een rechthebbende tijdens een opname in een ziekenhuis of in een ziekenhuisdienst bedoeld in artikel 34, eerste lid, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Lijst van de pompen die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming:

Section 7 – pompes / cassettes à médicaments

L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est calculée sur base de la base de remboursement 'une étoile' égale à 30,4400 euros et selon les modalités reprises à l'article 22, §2, a) de cet arrêté.

L'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités couvre tous les coûts liés à :

- la pompe et à la ligne d'administration ;
- la cassette à médicaments, la location de la pompe et la ligne d'administration.

Aucun coût supplémentaire relatif à la pompe ou à la ligne d'administration, ni à la cassette à médicaments, la location de la pompe et la ligne d'administration ne peut être facturé au bénéficiaire.

Les pompes et les cassettes à médicaments reprises dans la liste sont remboursées en catégorie de remboursement B.

L'intervention personnelle du bénéficiaire est calculée sur base de la base de remboursement 'une étoile' de 30,4400 euros et selon les modalités reprises à l'article 22, §2, a) de cet arrêté.

L'intervention n'est accordée que pour des pompes et des cassettes à médicaments qui sont reprises dans la liste et qui sont délivrées par un pharmacien hospitalier.

Cette intervention n'est pas octroyée si la pompe ou la cassette à médicaments à été délivrée à un bénéficiaire pendant une admission dans un hôpital ou un service hospitalier visé à l'article 34, alinéa 1er, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de sante et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Liste des pompes qui entrent en ligne de compte pour une intervention :

Criterium Critère	CNK-code Code CNK	Benaming Dénomination	Vergoedingsbasis Base de remboursement * (euro)
B	7108376	ACCUFUSER 10 stuks / 10 pièces (EUROCEPT BV)	30,4400
B	7108384	ACCUFUSER PLUS 10 stuks / 10 pièces (EUROCEPT BV)	30,4400
B	7108392	ANAPA 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 0,5 ml/u / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 0,5 ml/h (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108400	ANAPA 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 1,0 ml/u / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 1,0 ml/h (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108418	ANAPA 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 2,0 ml/u / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 2,0 ml/h (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108426	ANAPA 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 5,0 ml/u / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 5,0 ml/h (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108434	ANAPA 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 10,0 ml/u / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 10,0 ml/h (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108442	ANAPA 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 15,0 ml/u / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 15,0 ml/h (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110604	ANAPA - toedieningssnelheid 0,6 ml/u (max. volume van 100 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 0,6 ml/h (max. volume de 100 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400

B	7110612	ANAPA - toedieningssnelheid 1,5 ml/u (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 1,5 ml/h (max. volume de 250 ml)10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110620	ANAPA - toedieningssnelheid 2,0 ml/u (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 2,0 ml/h (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110638	ANAPA - toedieningssnelheid 5,0 ml/u (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 5,0 ml/h (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110646	ANAPA - toedieningssnelheid 10,0 ml/u (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 10,0 ml/h (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110653	ANAPA - toedieningssnelheid 20,0 ml/u (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 20,0 ml/h (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110661	ANAPA - toedieningssnelheid 30,0 ml/u (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 30,0 ml/h (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110679	ANAPA - toedieningssnelheid 2,1 ml/u (max. volume van 100 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 2,1 ml/h (max. volume de 100 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110687	ANAPA - toedieningssnelheid 4,1 ml/u (max. volume van 100 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 4,1 ml/h (max. volume de 100 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110695	ANAPA - toedieningssnelheid 5,2 ml/u (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 5,2 ml/h (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110703	ANAPA - toedieningssnelheid 2,1 ml/u (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 2,1 ml/h (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110802	ANAPA - toedieningssnelheid 1,5 ml/u (max. volume van 250 ml) – oncologie 10 stuks / vitesse d'administration 1,5 ml/h (max. volume de 250 ml) – oncologie 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108459	ANAPlus 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid – bolus / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration – bolus (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108467	ANAPlus 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 0,5 ml/u – bolus / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 0,5 ml/h – bolus (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108475	ANAPlus 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 1,0 ml/u – bolus / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 1,0 ml/h – bolus (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7108483	ANAPlus 1 x 10 pompen - toedieningssnelheid 2,0 ml/u – bolus / 1 x 10 pompes - vitesse d'administration 2,0 ml/h – bolus (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110711	ANAPLUS - toedieningssnelheid 1,0 ml/u - bolus (max. volume van 60 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 1,0 ml/h - bolus (max. volume de 60 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110729	ANAPLUS - toedieningssnelheid 0,6 ml/u - bolus (max. volume van 100 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 0,6 ml/h - bolus (max. volume de 100 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110737	ANAPLUS - toedieningssnelheid 1,0 ml/u - bolus (max. volume van 100 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 1,0 ml/h - bolus (max. volume de 100 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110745	ANAPLUS - toedieningssnelheid 1,5 ml/u - bolus (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 1,5 ml/h - bolus (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110752	ANAPLUS - toedieningssnelheid 2,0 ml/u - bolus (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 2,0 ml/h - bolus (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110760	ANAPLUS - toedieningssnelheid 4,0 ml/u - bolus (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 4,0 ml/h - bolus (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110778	ANAPLUS - toedieningssnelheid 6,0 ml/u - bolus (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 6,0 ml/h - bolus (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7110786	ANAPLUS - toedieningssnelheid 10,0 ml/u - bolus (max. volume van 250 ml) 10 stuks / vitesse d'administration 10,0 ml/h - bolus (max. volume de 250 ml) 10 pièces (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7104706	DOSIFUSER 65 ml 1 jour 2,7 ml/h / 1 dag 2,7 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104714	DOSIFUSER 65 ml 2 jours 1,3 ml/h / 2 dagen 1,3 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104722	DOSIFUSER 65 ml 5 jours 0,5 ml/h / 5 dagen 0,5 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104730	DOSIFUSER 65 ml 12 heures 5,4 ml/h / 12 uren 5,4 ml/u (LEVENTON)	30,4400

B	7108491	DOSIFUSER / ELASTOMEERPOMP 100 ml - 1 dag - 1 x 10 / POMPE ELASTOMERE 100 ml - 1 jour - 1 x 10 (HOSPITHERA S.A.)	30,4400
B	7108509	DOSIFUSER / ELASTOMEERPOMP 100 ml - 2 dagen - 1 x 10 / POMPE ELASTOMERE 100 ml - 2 jours - 1 x 10 (HOSPITHERA S.A.)	30,4400
B	7108517	DOSIFUSER / ELASTOMEERPOMP 100 ml - 5 dagen - 1 x 10 / POMPE ELASTOMERE 100 ml - 5 jours - 1 x 10 (HOSPITHERA S.A.)	30,4400
B	7108525	DOSIFUSER / ELASTOMEERPOMP 100 ml - 7 dagen - 1 x 10 / POMPE ELASTOMERE 100 ml - 7 jours - 1 x 10 (HOSPITHERA S.A.)	30,4400
B	7104748	DOSIFUSER 150 ml 1 jour 6,2 ml/h / 1 dag 6,2 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104755	DOSIFUSER 150 ml 2 jours 3,1 ml/h / 2 dagen 3,1 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104763	DOSIFUSER 150 ml 5 jours 1,2 ml/h / 5 dagen 1,2 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104771	DOSIFUSER 150 ml 7 jours 0,82 ml/h / 7 dagen 0,82 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104789	DOSIFUSER 250 ml 1 jour 10,4 ml/h / 1 dag 10,4 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104797	DOSIFUSER 250 ml 2 jours 5,2 ml/h / 2 dagen 5,2 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104805	DOSIFUSER 250 ml 5 jours 2ml/h / 5 dagen 2 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104813	DOSIFUSER 250 ml 7 jours 1,4 ml/h / 7 dagen 1,4 ml/u (LEVENTON)	30,4400
B	7104896	EASYPUMP ST 50-1 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104904	EASYPUMP ST 100-2 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104912	EASYPUMP ST 100-1 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104920	EASYPUMP ST 100-0,5 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104938	EASYPUMP ST 250-1,5 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104946	EASYPUMP ST 400-4 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104953	EASYPUMP ST 400-2 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104961	EASYPUMP ST 500-2 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104979	EASYPUMP LT 60-24 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104987	EASYPUMP LT 125-24 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7104995	EASYPUMP LT 100-48 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105000	EASYPUMP LT 65-120 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105018	EASYPUMP LT 100-200 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105026	EASYPUMP LT 270-54 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105034	EASYPUMP LT 270-24 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105042	EASYPUMP LT 270-132 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105059	EASYPUMP LT 270-270 avec ou sans / met of zonder EASYPUMP PCA Accessory Set (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105067	EASYPUMP PCA LT 100-0,5-15 (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105075	EASYPUMP PCA LT 100-2-6 (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105083	EASYPUMP C-BLOC RA Fixed Flow Rate 5 ml/h / 5ml/u (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105091	EASYPUMP C-BLOC RA Fixed Flow Rate 8 ml/h / 8 ml/u (B.BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105109	EASYPUMP C-BLOC RA Fixed Flow Rate 10 ml/h / 10ml/u (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105117	EASYPUMP C-BLOC RA Fixed Flow Rate 5 ml/h + On Demand (5ml bolus, 60 min lock-out) / RA Fixed Flow Rate 5 ml/u + On Demand / (5ml bolus, 60 min lock-out) (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105125	EASYPUMP C-BLOC RA+Select-A-Flow 2 ml/h-14 ml/h / 2 ml/u-14 ml/u (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400

B	7105133	EASYPUMP C-BLOC RA+Select-A-Flow 2 ml/h-14 ml/h+On Demand (5ml bolus, 30 min lock-out) / RA+Select-A-Flow 2 ml/u-14 ml/u+On Demand (5ml bolus, 30 min lock-out) (B. BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109697	EASYPUMP II LT 60-12-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109705	EASYPUMP II LT 80-16-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109713	EASYPUMP II LT 125-25-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109721	EASYPUMP II LT 270-27-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109739	EASYPUMP II LT 60-30-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109747	EASYPUMP II LT 120-30-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109754	EASYPUMP II LT 400-40-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109762	EASYPUMP II LT 100-50-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109770	EASYPUMP II LT 270-54-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109788	EASYPUMP II LT 120-60-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109796	EASYPUMP II LT 100-67-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109804	EASYPUMP II LT 270-68-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109812	EASYPUMP II LT 400-80-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109820	EASYPUMP II LT 400-100-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109838	EASYPUMP II LT 65-130-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109846	EASYPUMP II LT 270-135-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109853	EASYPUMP II LT 300-150-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109861	EASYPUMP II LT 100-200-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109879	EASYPUMP II LT 270-270-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109887	EASYPUMP II ST 100-0,5-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109895	EASYPUMP II ST 250-0,5-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109903	EASYPUMP II ST 50-1-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109911	EASYPUMP II ST 100-1-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109929	EASYPUMP II ST 250-1-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109937	EASYPUMP II ST 400-2-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109945	EASYPUMP II ST 500-2-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109952	EASYPUMP II ST 100-2-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109960	EASYPUMP II ST 400-4-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7109978	EASYPUMP II ST 250-1,5-S 10 x 1 (B BRAUN MEDICAL NV)	30,4400
B	7105141	EXACTA 60 ml/0,5 ml/h / 60ml/0,5 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105158	EXACTA 60 ml/1 ml/h / 60 ml/1 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105166	EXACTA 60 ml/2 ml/h / 60 ml/2 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105174	EXACTA 60 ml/4 ml/h / 60 ml/4 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105182	EXACTA 60 ml/5 ml/h / 60 ml/5 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105190	EXACTA 100 ml/0,5 ml/h / 100 ml/0,5 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105208	EXACTA 100 ml/1 ml/h / 100 ml/1 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105216	EXACTA 100 ml/2 ml/h / 100 ml/2 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105224	EXACTA 100 ml/4 ml/h / 100 ml/4 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105232	EXACTA 100 ml/5 ml/h / 100 ml/5 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105240	EXACTA 275 ml/1 ml/h / 275 ml/1 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105257	EXACTA 275 ml/1,5 ml/h / 275 ml/1,5 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105265	EXACTA 275 ml/2 ml/h / 275 ml/2 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105273	EXACTA 275 ml/4 ml/h / 275 ml/4 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105281	EXACTA 275 ml/5 ml/h / 275 ml/5 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105299	EXACTA 275 ml/7 ml/h / 275 ml/7 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105307	EXACTA 275 ml/8 ml/h / 275 ml/8 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7105315	EXACTA 275 ml/10 ml/h / 275 ml/10 ml/u (DISTRICLASS MEDICAL)	30,4400
B	7104821	FOLFUSOR SV 0,5 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7104839	FOLFUSOR SV 1 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7104847	FOLFUSOR SV 2 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7104854	FOLFUSOR SV 2,5 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7104862	FOLFUSOR SV 5 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7104870	FOLFUSOR LV 5 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7104888	FOLFUSOR LV 10 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7108533	INFUSOR LV 1,5 ELASTOMEERPOMP 1 x 12 / INFUSOR LV 1,5 POMPE ELASTOMERE 1 x 12 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7108541	INFUSOR LV 2 ELASTOMEERPOMP 1 x 12 / INFUSOR LV 2 POMPE ELASTOMERE 1 x 12 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7108699	INFUSOR LV 7 ELASTOMEERPOMP 1 x 12 / INFUSOR LV 7 POMPE ELASTOMERE 1 x 12 (BAXTER S.A.)	30,4400
B	7110372	NIPRO SUREFUSER SFS-1,5-25P (250 ml, 7 dagen) 5 stuks / (250 ml, 7 jours) 5 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110380	NIPRO SUREFUSER SFS-3,5-25P (250 ml, 3 dagen) 5 stuks / (250 ml, 3 jours) 5 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110398	NIPRO SUREFUSER SFS-62,5-25P (250 ml, 4 uren) 5 stuks / (250 ml, 4 heures) 5 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400

B	7110406	NIPRO SUREFUSER SFS-125-25P (250 ml, 2 uren) 5 stuks / (250 ml, 2 heures) 5 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110414	NIPRO SUREFUSER SFS-250-25P (250 ml, 1 uur) 5 stuks / (250 ml, 1 heure) 5 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110422	NIPRO SUREFUSER SFS-1003DP (100 ml, 3 dagen) 10 stuks / (100 ml, 3 jours) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110430	NIPRO SUREFUSER SFS-1005DP (100 ml, 5 dagen) 10 stuks / (100 ml, 5 jours) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110448	NIPRO SUREFUSER SFS-0501DP (50 ml, 1 dag) 10 stuks / (50 ml, 1 jour) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110455	NIPRO SUREFUSER SFS-0502DP (50 ml, 2 dagen) 10 stuks / (50 ml, 2 jours) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110463	NIPRO SUREFUSER SFS-0503DP (50 ml, 3 dagen) 10 stuks / (50 ml, 3 jours) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110471	NIPRO SUREFUSER SFS-0505DP (50 ml, 5 dagen)10 stuks / (50 ml, 5 jours) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110489	NIPRO SUREFUSER SFS-0505HRP (50 ml, 5 uren) 10 stuks / (50 ml, 5 heures) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110497	NIPRO SUREFUSER SFS-0512HRP (50 ml, 12 uren) 10 stuks / (50 ml, 12 heures) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110505	NIPRO SUREFUSER SFS-1001HRP (100 ml, 1 uur) 10 stuks / (100 ml, 1 heure) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110513	NIPRO SUREFUSER SFS-1005HRP (100 ml, 5 uren) 10 stuks / (100 ml, 5 heures) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110521	NIPRO SUREFUSER SFS-1012HRP (100 ml, 12 uren) 10 stuks / (100 ml, 12 heures) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110539	NIPRO SUREFUSER SFS-0501WP (50 ml, 7 dagen) 10 stuks / (50 ml, 7 jours) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110547	NIPRO SUREFUSER SMA-123-10P (100 ml; 0/1/2/3 ml per uur) 10 stuks / (100 ml; 0/1/2/3 ml par heure) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110554	NIPRO SUREFUSER SMA-0123-10P (100 ml; 0,5/1,5/2,5/3,5 ml per uur) 10 stuks / (100 ml; 0,5/1/2,5/3,5 ml par heure) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110562	NIPRO SUREFUSER SMA-2345-10P (100 ml; 2/3/4/5 ml per uur) 10 stuks / (100 ml; 2/3/4/5 ml par heure) 10 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110570	NIPRO SUREFUSER SMA-2345-25P (250 ml; 2/3/4/5 ml per uur) 5 stuks / (250 ml; 2/3/4/5 ml par heure) 5 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110588	NIPRO SUREFUSER SMA-2468-25P (250 ml; 2/4/6/8 ml per uur) 5 stuks / (250 ml; 2/4/6/8 ml par heure) 5 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7110596	NIPRO SUREFUSER SMA-3456-25P (250 ml; 3/4/5/6 ml per uur) 5 stuks / (250 ml; 3/4/5/6 ml par heure) 5 pièces (NIPRO EUROPE)	30,4400
B	7109267	Nipro "Surefuser TM +" SFS-1002DP (100ml,2 jours) / (100ml,2 dagen) (NIPRO EUROPE NV)	30,4400
B	7109275	Nipro "Surefuser TM +" SFS-1030MP (100ml,30 minutes) / (100ml,30 minuten) (NIPRO EUROPE NV)	30,4400
B	7109283	Nipro "Surefuser TM +" SFS-1001DP (100ml,1 jour) / (100ml,1 dag) (NIPRO EUROPE NV)	30,4400
B	7109291	Nipro "Surefuser TM +" SFS-1001WP (100ml,7 jours) / (100ml,7 dagen) (NIPRO EUROPE NV)	30,4400
B	7109309	Nipro "Surefuser TM +" SFS-2-25P (250ml,5 jours) / (250ml,5 dagen) (NIPRO EUROPE NV)	30,4400
B	7109317	Nipro "Surefuser TM +" SFS-5-25P (250ml,2 jours) / (250ml,2 dagen) (NIPRO EUROPE NV)	30,4400
B	7109325	Nipro "Surefuser TM +" SFS-10-25P (250ml,1 jour) / (250ml,1 dag) (NIPRO EUROPE NV)	30,4400
B	7105323	ULTRAFLOW pompe / pomp avec / met ULTRAFLOW 0,8 ml/u set (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7105331	ULTRAFLOW pompe / pomp avec / met ULTRAFLOW 1,5 ml/u set (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7105349	ULTRAFLOW pompe / pomp avec / met ULTRAFLOW 3,2 ml/u set (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7105356	ULTRAFLOW pompe / pomp avec / met ULTRAFLOW 6 ml/u set (FRESENIUS KABI)	30,4400
B	7105364	ULTRAFLOW pompe avec ULTRAFLOW 100 ml/h et ULTRAFLOW sac à perfusion 110 ml et éventuellement ULTRAFLOW Y connection / ULTRAFLOW pomp met ULTRAFLOW 100 ml/u en ULTRAFLOW Infusiezakje 110 ml en eventueel ULTRAFLOW Y verbinding (FRESENIUS KABI)	30,4400

Lijst van de medicatiecassettes die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming:

Liste des cassettes à médicaments qui entrent en ligne de compte pour une intervention :

Criterium Critère	CNK-code Code CNK	Benaming Dénomination	Vergoedingsbasis Base de remboursement * (euro)
B	7109127	Cassette à medicaments / Medicatie cassette 1 x 50 mL (Smiths Medical Belgium N.V.)	30,4400
B	7109135	Cassette à medicaments / Medicatie cassette 1 x 100 mL Smiths Medical Belgium N.V.	30,4400
B	7109143	Cassette jaune à medicaments / Gele Medicatie cassette 1 x 100 mL Smiths Medical Belgium N.V.	30,4400
B	7111040	Cassette à medicaments / Medicatie cassette 250 ml transparent 12 x 250 mL (Smiths Medical Belgium N.V.)	30,4400
B	7111057	Cassette à medicaments / Medicatie cassette 250 ml jaune / geel 12 x 250 mL Smiths Medical Belgium N.V.	30,4400
B	7111065	Cassette à medicaments / Medicatie cassette 250 ml bleu / blauw 12 x 250 mL Smiths Medical Belgium N.V.	30,4400

Afdeling 8 – Hypertonische natriumchloride Inhalatieoplossing, bestemd voor de behandeling van mucoviscidose (taaislijmziekte)

Het volgende product wordt slechts vergoed in categorie « B » indien ze is voorgeschreven voor de behandeling van mucoviscidose (taaislijmziekte).

Met het oog hierop, stuurt de behandelend geneesheer-specialist een aanvraag op aan de adviserend geneesheer.

Deze aanvraag wordt opgemaakt, conform het model bepaald onder c) van deel II van de lijst en dat als bijlage volgt bij dit besluit.

Op basis van dit document levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende de machtiging af, waarvan het model is bepaald onder b) van deel II van de lijst en waarvan de geldigheidsduur beperkt is tot maximum 12 maanden.

De machtiging kan op verzoek van de behandelende geneesheer worden verlengd voor perioden van maximum 5 jaren.

De rechthebbende legt de machtiging voor aan de afleverende apotheker. Hij vermeldt het volgnummer dat er op voorkomt, op het voorschrift. De afleverende apotheker mag dan de derdebetalersregeling toepassen.

Section 8 - Solution d'inhalation de chlorure de sodium hypertonique destiné au traitement de la mucoviscidose

Le produit suivant ne fait l'objet d'un remboursement en catégorie « B » que si il a été prescrit pour le traitement de la mucoviscidose.

A cet effet, le médecin traitant spécialiste envoie une demande à l'attention du médecin-conseil.

Cette demande est reprise conformément au modèle fixé sous c) de la partie II de la liste et repris en annexe au présent arrêté.

Sur base de ce document, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'autorisation dont le modèle est fixé sous b) de la partie II de la liste et dont la durée de validité est limitée à 12 mois maximum.

L'autorisation peut être prolongée pour de nouvelles périodes de 5 ans maximum à la demande du médecin traitant.

Le bénéficiaire remet l'autorisation au pharmacien qui délivre. Celui-ci mentionne sur la prescription le numéro d'ordre qui y figure. Le pharmacien qui délivre est autorisé à appliquer le régime du tiers payant.

Criterium Critère	Code Code	Benaming en verpakkingen Dénomination et conditionnements	Opm. Obs.	Prijs Prix	Basis van tegemoetk. Base de rembours.	I	II
B		MUCOCLEAR 6% (Henrotech)					
	2456-010	60 x 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing	M	58,79	58,79	7,80	11,80
	7108-657	* pr. 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing		0,7583	0,7583		
	7108-657	** pr. 4 mL solution hypertonique / hypertonische oplossing		0,6398	0,6398		
B		NEBUSAL 7% (Forest Laboratoires Benelux B.V.)					
	2987-568	60 ampoules / ampulen x 4 mL	M	58,79	58,79	7,80	11,80
	7110-794	* pr. 4 mL ampoule / ampul		0,9123	0,9123		
	7110-794	** pr. 4 mL ampoule / ampul		0,7938	0,7938		

Afdeling 9 - Tegemoetkoming voor de gipsbanden en ander gipsmateriaal.

§1. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van gipsbanden en ander gipsmateriaal, beoogd bij de artikelen 15, § 6, 27, § 5 en 29, § 9, van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, is de volgende:

Section 9 - Intervention pour des bandes et autres matières plâtrées.

§1er. L'intervention de l'assurance dans le coût des bandes et autres matières plâtrées, visé aux articles 15, § 6, 27, § 5 et 29, § 9, de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, est la suivante:

APPAREIL PLATRE OU ORTHOPEDIQUE - *GIPS- OF ORTOPEDISCH TOESTEL*

NON HOSP.	HOSP.	PRESTATION – VERSTREKKING	Base de remboursement / vergoedingsbasis (€)
		A. TETE *A. HOOFD*	
690012	690023	Casque crânien *Schedelhelm*	1,71
		B. COU *B. HALS*	
690034	690045	Collier de Schanz *Halsband van Schanz*	1,14
690056	690060	Collier minerve *Minerva-halsband*	5,08
690071	690082	Minerve avec corselet thoracique *Minerva met thoraxcorselet*	7,21
		C. TRONC *C. ROMP*	
690093	690104	Corset en dessous des omoplates *Corset tot onder de schouderbladen*	11,60
690115	690126	Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace *Corset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouder-bladen met sternumsteun hyper-extensie brace*	15,27
690130	690141	Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing) *Harnascorset met gevormd schouderstuk met drukkussentje of/en re-gelbaar deel (Stagnara-Hessing)*	9,62
690152	690163	Lombostat L*umbostaat*	9,92
690174	690185	Milwaukee et corset complet avec minerve *Milwaukee en volledig corset met minerve*	23,48
690196	690200	Lit plâtré englobant articulations cou jusqu'aux articulations des hanches *Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat*	16,71
690211	690222	Coquille plâtrée *Gipsschaal*	7,93
690233	690244	Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière *Gipsschaal tot aan de bilplooi met schouderstuk*	12,20
		D. MEMBRES SUPERIEURS (les segments s'additionnent) *D. BOVENSTE LEDEMATEN (de segmenten worden samengeteld)*	
690255	690266	Doigt séparément *Vinger afzonderlijk*	0,87
690270	690281	Main *Hand*	2,11
690292	690303	Main et doigts *Hand en vingers*	2,11
690314	690325	Poignet et avant-bras *Pols en onderarm*	3,94
690336	690340	Bras *Arm*	3,66

690351	690362	Bras et épaule *Arm en schouder*	5,23
690373	690384	Aéroplane *Aeroplane*	16,67
690395	690406	Thorax *Thorax*	7,34
690410	690421	Thoraco-bracial *Thoracobrachiaal*	16,11
		E. MEMBRES INFERIEURS (les segments s'additionnent) *E. ONDERSTE LEDEMATEN (de segmenten worden samengeteld)*	
690432	690443	Pied *Voet*	3,94
690454	690465	Pied et jambe jusqu'à mi-jambe *Voet en been tot de helft van het been*	4,44
690476	690480	Pied et jambe plateaux tibiaux compris *Voet en been tot en met de tibiaplateaus*	10,72
690491	690502	Jambe et cuisse *Been en dij*	12,00
690513	690524	Cruro et ischio-pédieux *Dij en heupbeen tot en met de voet*	16,23
690535	690546	Pelvi-pédieux simple *Bekken tot en met voet, enkelvoudig*	14,72
690550	690561	Pelvi-pédieux double *Bekken tot en met voet, dubbel*	24,19
690572	690583	Thoraco-pédieux simple *Thorax tot en met voet, enkelvoudig*	18,12
690594	690605	Thoraco-pédieux double *Thorax tot en met voet, dubbel*	23,50
690616	690620	Bassin, une cuisse (culotte) *Bekken, één dij (broek)*	9,62
690631	690642	Bassin, deux cuisses (culotte) *Bekken, beide dijen (broek)*	12,59
		PROTHESE *PROTHESE*	
690653	690664	Matériel pour botte de Unna pour extension *Materiaal voor laars van Unna voor extensie*	1,04

MOULAGE – *AFGIETSEL*

NON HOSP.	HOSP.	PRESTATION – VERSTREKKING	€
		A. TETE *A. HOOFD*	
690675	690686	Casque crânien *Schedelhelm*	0,57
690690	690701	Plaque crânienne *Schedelplaat*	0,57
		B. COU *B. HALS*	
690712	690723	Collier de Schanz *Halsband van Schanz*	1,14
690734	690745	Collier minerve *Minerva-halsband*	2,28
690756	690760	Minerve avec corselet thoracique *Minerva met thoraxcorselet*	4,26
		C. TRONC *C. ROMP*	
690771	690782	Corset en dessous des omoplates *Corset tot onder de schouderbladen*	3,97
690793	690804	Corset prenant tout le tronc sans les épaules sous les omoplates avec appui sternal hyper-extension brace *Corset voor gans de romp zonder de schouders tot onder de schouderbladen met sternumsteun hyperextensie brace*	4,96
690815	690826	Corset cuirasse à épaulière moulée à pelote de pression ou/et partie réglable (Stagnara-Hessing) *Harnascorset met gevormd schouderstuk met drukkussen of/en regelbaar deel (Stagnara-Hessing)*	7,64

690830	690841	Lombostat *Lumbostaat*	2,97
690852	690863	Milwaukee et corset complet avec minerve *Milwaukee en volledig corset met minerva*	9,37
690874	690885	Lit plâtré englobant articulations cou jusqu'aux articulations des hanches *Gipsbed dat halsgewrichten tot de heupgewrichten omvat*	5,95
690896	690900	Coquille plâtrée *Gipsschaal*	3,97
690911	690922	Coquille plâtrée descendant jusqu'au pli fessier avec épaulière *Gipsschaal tot aan de bilplooi met schouderstuk*	4,96
		D. MEMBRES SUPERIEURS (les segments s'additionnent) *D. BOVENSTE LEDEMATEN (de segmenten worden samengeteld)*	
690933	690944	Doigt séparément *Vinger afzonderlijk*	0,37
690955	690966	Main *Hand*	0,57
690970	690981	Main et doigts *Hand en vingers*	1,41
690992	691003	Poignet et avant-bras *Pols en onderarm*	1,14
691014	691025	Bras *Arm*	1,14
691036	691040	Bras et épaule *Arm en schouder*	2,53
691051	691062	Aéroplane *Aeroplane*	2,97
691073	691084	Thorax *Thorax*	2,97
691095	691106	Thoraco-bracial *Thoracobrachiaal*	3,97
		PROTHESES *PROTHESEN*	
691110	691121	Amputation complète ou partielle de la main *Volledige of gedeeltelijke handamputatie*	1,12
691132	691143	Désarticulation du poignet *Polsexarticulatie*	1,12
691154	691165	Amputation de l'avant-bras *Onderarmamputatie*	1,69
691176	691180	Désarticulation du coude *Elleboogexarticulatie*	1,69
691191	691202	Amputation du bras *Armamputatie*	1,69
691213	691224	Désarticulation de l'épaule *Schouderexarticulatie*	2,53
		E. MEMBRES INFERIEURS (les segments s'additionnent) *E. ONDERSTE LEDEMATEN (de segmenten worden samengeteld)*	
691235	691246	Pied *Voet*	1,14
691250	691261	Pied et jambe jusqu'à mi-jambe *Voet en been tot de helft van het been*	1,69
691272	691283	Pied et jambe plateaux tibiaux compris *Voet en been tot en met de tibiaplateaus*	2,53
691294	691305	Jambe et cuisse *Been en dij*	3,67
691316	691320	Cruro et ischio-pédieux *Dij en heupbeen tot en met de voet*	4,66
691331	691342	Pelvi-pédieux simple *Bekken tot en met voet, enkelvoudig*	6,64
691353	691364	Pelvi-pédieux double *Bekken tot en met voet, dubbel*	11,16
691375	691386	Thoraco-pédieux simple *Thorax tot en met voet, enkelvoudig*	8,63
691390	691401	Thoraco-pédieux double *Thorax tot en met voet, dubbel*	13,14
691412	691423	Bassin, une cuisse (culotte) Be*kken, één dij (broek)*	4,81
691434	691445	Bassin, deux cuisses (culotte) *Bekken, beide dijen (broek)*	5,80

		PROTHESES *PROTHESEN*	
691456	691460	Amputation partielle du pied *Gedeeltelijke voetamputatie*	0,84
691471	691482	Amputation Chopart, Ricard Pyrogoff, Syme *Amputatie van Chopart, Ricard Pyrogoff, Syme*	2,53
691493	691504	Amputation tibiale classique et P.T.B, *Klassieke amputatie van tibia en P.T.B,*	2,53
691515	691526	Désarticulation du genou *Kniexarticulatie*	2,97
691530	691541	Amputation de la jambe sous le genou fléchi *Beenamputatie onder de gebogen knie*	3,37
691552	691563	Amputation de la cuisse *DijaAmputatie*	2,97
691574	691585	Désarticulation de la hanche *Heupexarticulatie*	3,97
691596	691600	Chaussures orthopédiques, par pied *Ortopedische schoeinen, per voet*	1,14
691611	691622	Semelles orthopédiques, par pied *Ortopedische zolen, per voet*	0,57

Afdeling 10 - Installatie en levering van medische gasvormige zuurstof en toebehoren

De apotheker die door de rechthebbende, zijn vertegenwoordiger of de voorschrijver belast wordt met het uitvoeren van het voorschrift, kiest in onderling overleg met de rechthebbende of zijn vertegenwoordiger om de medische gasvormige zuurstof zelf te installeren en te leveren alsook het geheel van toebehoren dat nodig is voor de zuurstoftherapie ten huize van de patiënt zelf te leveren, dan wel om de installatie en/of de levering van medische gasvormige zuurstof en toebehoren te bestellen bij een leverancier niet-apotheker.

Onder “het geheel van toebehoren dat nodig is voor de zuurstoftherapie ten huize van de rechthebbende”, hergenomen in dit afdeling “toebehoren” genoemd, wordt verstaan:
- zuurstofbril en zuurstofmasker;
- zuurstofslang;
- luchtbevochtiger voor éénmalig gebruik;
- zuurstoffles, al dan niet met geïntegreerde ontspanner;
- ontspanner, al dan niet geïntegreerd in de zuurstoffles.

§1. Voorschrift betreffende medische gasvormige zuurstof

De aflevering van medische gasvormige zuurstof moet voorgeschreven worden door een geneesheer op een voorschrift conform het model dat als bijlage I gaat bij koninklijk besluit van 8 juni 1994 tot vaststelling van het model van voorschrijfdocument betreffende de verstrekkingen van farmaceutische producten ten behoeve van niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en conform de voorwaarden uit §§ 6370100, 6370200 en 6370300 van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten.

§2. Installatie van medische gasvormige zuurstof en toebehoren door de apotheker

De apotheker die in overeenstemming met de bepalingen van deze paragraaf verkiest om zelf in te staan voor het installeren van de medische gasvormige zuurstof en het toebehoren bij de rechthebbende thuis:

1. controleert de installatie op haar werking

2. informeert de rechthebbende, zowel mondeling als middels geschreven documentatie, over het correct gebruik van het toebehoren en het doseren van de zuurstof;

3. rekent aan de rechthebbende niet meer aan dan een bedrag van P 16,88, inclusief BTW voor de onder punten 1 en 2 vermelde dienstverlening.

Section 10 - Installation et délivrance de l’oxygène médical gazeux et des accessoires

Le pharmacien, chargé par le bénéficiaire, son représentant ou le prescripteur de l’exécution de la prescription, choisit en concertation commune avec le bénéficiaire ou son représentant d’installer et livrer lui-même l’oxygène médical gazeux et de livrer également la totalité des accessoires nécessaires à l’oxygénothérapie au domicile du bénéficiaire ou de commander auprès d’un fournisseur non-pharmacien l’installation et/ou la livraison de l’oxygène médical gazeux et des accessoires.

Sous les termes « la totalité des accessoires nécessaires à l’oxygénothérapie au domicile du bénéficiaire », repris dans cette section sous la dénomination « accessoires », il faut entendre:
- lunette et masque à oxygène;
- tuyau;
- humidificateur à usage unique;
- bouteille d’oxygène avec ou sans détendeur intégré;
- manodétendeur intégré ou non à la bouteille d’oxygène.

§1. Prescription concernant l’oxygène médical gazeux

La délivrance de l’oxygène médical gazeux doit être prescrite par un médecin sur une prescription conforme au modèle repris en annexe I de l’arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés et conformément aux modalités décrites aux §§ 6370100, 6370200 en 6370300 de l’arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d’intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques.

§2. Installation de l’oxygène médical gazeux et des accessoires par le pharmacien.

Le pharmacien qui choisit, conformément aux dispositions de ce paragraphe, d’installer lui-même au domicile du bénéficiaire l’oxygène gazeux et les accessoires:

1. contrôle le fonctionnement de l’installation;

2. informe le bénéficiaire, aussi bien oralement que par documentation écrite, sur l’usage correct des accessoires et sur le dosage de l’oxygène;

3. porte en compte au bénéficiaire un montant maximal de P 16,88 TVA comprise pour la prestation de service mentionnée aux points 1 et 2.

De kosten voor het installeren kunnen slechts éénmaal per therapie worden aangerekend.

Voor de toepassing van deze bepaling is er voor de rechthebbenden bedoeld in § 6370200 en § 6370300 van de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden van tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, ten vroegste na een periode van 12 maanden die begint vanaf de eerste dag van de eerste maand behandeling.

Voor de rechthebbenden bedoeld in § 6370100 van de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten is er slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden van tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, met een maximum van 3 per 12 maanden, vanaf de eerste dag van de eerste maand van de toelating.

Mits overlegging van een deugdelijk opgemaakt getuigschrift van aflevering, conform het model bepaald onder d) van deel II van de lijst en dat als bijlage volgt bij dit besluit, vergoeden de verzekeringsinstellingen deze kosten ten belope van het door de apotheker op het getuigschrift van aflevering vermelde bedrag, met een maximum van P 16,88, inclusief BTW .

§3. Levering van medische gasvormige zuurstof en het toebehoren door de apotheker

De apotheker die in overeenstemming met de bepalingen van deze paragraaf verkiest om de medische gasvormige zuurstof en het toebehoren zelf af te leveren bij de rechthebbende thuis:

1. verhuurt aan de rechthebbende, de flessen met de medische gasvormige zuurstof (maximum drie), en waakt bovendien over de goede rotatie van de voorraad zuurstofflessen, teneinde het aantal eenheden waarvoor aan de rechthebbende een huursom wordt aangerekend, zo beperkt mogelijk te houden;

2. verhuurt een ontspanner, al dan niet geïntegreerd in de zuurstoffles;

3. garandeert aan de rechthebbende het permanent gebruik van een zuurstofmasker, en/of een zuurstofbril en een zuurstofslang;

4. levert aan de rechthebbende, naargelang het voorschrift, per maand een luchtbevochtiger voor éénmalig gebruik;

5. rekent aan de rechthebbende, voor de totale dienstverlening vermeld onder de punten 1 tot en met 4, inclusief de eventuele waarborgen bij verhuur van het toebehoren, maximaal het bedrag van de verzeke-

Ces frais d'installation ne peuvent être portés en compte qu'une seule fois par thérapie.

Pour l'application de cette disposition, pour les bénéficiaires visés au § 6370200 et au § 6370300 de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, il est seulement question d'une nouvelle thérapie , pour des périodes de remboursement non consécutives, au plus tôt après une période de 12 mois prenant cours le premier jour du premier mois de traitement.

Pour les bénéficiaires visés au § 6370100 de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, il est seulement question d'une nouvelle thérapie, pour des périodes de remboursement non consécutives, avec un maximum de 3 par 12 mois, à partir du premier jour du premier mois de l'accord.

A condition de soumettre une attestation de délivrance dûment remplie, conforme au modèle fixé sous d) de la partie II de la liste et reprise en annexe au présent arrêté, les organismes assureurs rémunèrent ces frais qui s'élèvent au montant mentionné par le pharmacien sur l'attestation de délivrance, avec un maximum de P 16,88 TVA comprise.

§3. Livraison de l'oxygène médical gazeux et des accessoires par le pharmacien.

Le pharmacien qui choisit, conformément aux dispositions de ce paragraphe, de livrer lui-même l'oxygène médical gazeux et les accessoires au domicile du bénéficiaire :

1. loue au bénéficiaire les bouteilles d'oxygène médical gazeux (maximum trois), et en plus veille à la bonne rotation du stock de bouteilles d'oxygène, afin de limiter le nombre d'unités pour lesquelles un montant de location est facturé au bénéficiaire;

2. loue un détendeur, intégré ou non aux bouteilles d'oxygène;

3. garantit au bénéficiaire l'usage permanent d'un masque et/ou d'une lunette et d'un tuyau à oxygène;

4. livre au bénéficiaire, suivant la prescription, par mois un humidificateur à usage unique;

5. pour la prestation de service complète mentionnée aux points 1 à 4, y compris les garanties éventuelles pour la location des accessoires, porte en compte au bénéficiaire au maximum le montant de l'intervention

ringstegemoetkoming aan, zoals dit vastgesteld is overeenkomstig de bepalingen van het voorlaatste lid van deze paragraaf.

De apotheker maakt éénmaal per maand een getuigschrift van aflevering op, conform het model in bijlage I bij deze overeenkomst.

Op dat getuigschrift vermeldt hij:

- de omschrijving van het aangerekende toebehoren;

- voor het toebehoren bedoeld in punten 1 en 2 van de 1ste lid:

  - de huursom per eenheid per dag of per maand;

  - het aantal verhuurde eenheden;
  - het aantal dagen waarover dit toebehoren werd verhuurd. Indien het toebehoren op maandbasis werd verhuurd, vermeldt de apotheker in deze rubriek “1 maand”;

Op voorlegging van een ondertekend getuigschrift van aflevering conform het model bepaald onder d) van deel II van de lijst en dat als bijlage volgt bij dit besluit, vergoeden de verzekeringsinstellingen de kosten voor de dienstverlening vermeld in het eerste lid van deze paragraaf ten belope van het door de apotheker op het getuigschrift van aflevering vermelde bedrag, met een maximum per maand van:

- 22,17 euro, inclusief BTW, voor de huursom voor flessen en ontspanner;

- 2,54 euro, inclusief BTW, voor zuurstofmaskers en/of zuurstofbrillen;

- 1,70 euro, inclusief BTW, voor zuurstofslangen;

- 4,41 euro, inclusief BTW, voor luchtbevochtigers voor éénmalig gebruik;

Per maand wordt slechts één zuurstofmasker of zuurstofbril, één zuurstofslang en één luchtbevochtiger terugbetaald.

§4. Installatie van medische gasvormige zuurstof en het toebehoren door een leverancier niet-apotheker

Op voorlegging van de factuur en/of de leveringsbon(nen) voor de in het vorige lid bedoelde kosten en voor zover de installatie voldoet aan de bepalingen van § 2, eerste lid, punten 1 en 2, en tweede lid, kennen de verzekeringsinstellingen een verzekeringstegemoetkoming toe ten belope van het door de leverancier niet-apotheker gefactureerde bedrag, met een maximum van P 16,88, inclusief BTW, voor het vergoeden van de kosten voor het installeren.

De kosten voor het installeren kunnen slechts éénmaal per therapie worden aangerekend. Voor de toepassing van deze bepaling is er voor de rechthebbenden bedoeld

de l’assurance tel que établi conformément aux dispositions de l’avant dernier alinéa de ce paragraphe.

Une fois par mois, le pharmacien rédige une attestation de délivrance conforme au modèle repris en annexe I du présent arrêté.

Sur cette attestation, il figure :

- le libellé des accessoires portés en compte;

- pour les accessoires mentionnés aux points 1 et 2 du 1er alinéa :

  - le montant de la location par unité par jour ou par mois,
  - le nombre d’unités de location ;
  - le nombre de jours au cours desquels ces accessoires ont été loués. Si les accessoires ont été loués sur base mensuelle, le pharmacien mentionne dans cette rubrique « 1 mois »;

A condition de soumettre une attestation de délivrance dûment remplie, conforme au modèle fixé sous d) de la partie II de la liste et reprise en annexe au présent arrêté, les organismes assureurs accordent un remboursement des coûts relatifs à la prestation de service mentionnée au 1er alinéa de ce paragraphe à concurrence du montant mentionné sur l’attestation de délivrance par le pharmacien avec un maximum par mois de :

- 22,17 euros, TVA incluse, pour la location des bouteilles et du détendeur;

- 2,54 euros, TVA incluse, pour les masques et/ou lunettes à oxygène;

- 1,70 euros, TVA incluse, pour les tuyaux;

- 4,41 euros, TVA incluse, pour les humidificateurs à usage unique;

Par mois, seul un masque ou une lunette à oxygène, un tuyau et un humidificateur sont remboursables.

§4. Installation de l’oxygène médical gazeux et des accessoires par un fournisseur non-pharmacien.

A condition de soumettre la facture et/ou le(s) bon(s) de livraison pour les frais visés à l’alinéa précédent et pour autant que l’installation réponde aux dispositions du §2, 1er alinéa, points 1 et 2, et au deuxième alinéa, les organismes assureurs accordent un remboursement de l’assurance qui s’élève au montant facturé par le fournisseur non-pharmacien, avec un maximum de P 16,88 TVA comprise pour la rémunération des frais d’installation.

Ces frais d’installation ne peuvent être portés en compte qu’une seule fois par thérapie. Pour l’application de cette disposition, pour les bénéficiaires visés au §

in § 6370200 en § 6370300 van de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden van tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, ten vroegste na een periode van 12 maanden die begint vanaf de eerste dag van de eerste maand behandeling.

Voor de rechthebbenden bedoeld in § 6370100 van de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten is er slechts sprake van een nieuwe therapie wanneer de perioden van tegemoetkoming elkaar niet opvolgen, met een maximum van 3 per 12 maanden, vanaf de eerste dag van de eerste maand van de toelating.

Er wordt geen enkel bedrag aangerekend aan de rechthebbende.

§5. Levering van medische gasvormige zuurstof **en van het toebehoren door de leverancier niet-apotheker.**

Op voorlegging van het in § 1 bedoelde voorschrift evenals de kopie van de factuur en/of de leveringsbon(nen) die door de rechthebbende, zijn vertegenwoordiger of de leverancier niet-apotheker, aan de apotheker werd overgemaakt, kennen de verzekeringsinstellingen een verzekeringstegemoetkoming toe ten belope van het door de leverancier niet-apotheker gefactureerde bedrag, met een maximum per maand van:

- 22,17 euro, inclusief BTW, voor de huursom voor flessen en ontspanner;
- 2,54 euro, inclusief BTW, voor zuurstofmaskers en/of zuurstofbrillen;
- 1,70 euro, inclusief BTW, voor zuurstofslangen;
- 4,41 euro, inclusief BTW, voor luchtbevochtigers voor éénmalig gebruik;

Per maand wordt slechts één zuurstofmasker of zuurstofbril, één zuurstofslang en één luchtbevochtiger vergoed.

De leverancier niet-apotheker waakt over de goede rotatie van de voorraad zuurstofflessen en rekent geen enkel supplement aan voor de terugname van het materiaal.

De apotheker mag het verschil tussen het door de leverancier niet-apotheker gefactureerde bedrag en de door de verzekeringsinstelling met toepassing van de bepalingen van het vorige lid toegekende verzekeringstegemoetkoming terugvorderen bij de rechthebbende.

Als er deze toeslag aangerekend wordt ten laste van de rechthebbende, kan die niet hoger zijn dan 20% van het forfait van de toebehoren.

6370200 et au § 6370300 de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, il est seulement question d'une nouvelle thérapie, pour des périodes de remboursement non consécutives, au plus tôt après une période de 12 mois prenant cours le premier jour du premier mois de traitement.

Pour les bénéficiaires visés au § 6370100 de l'annexe I de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, il est seulement question d'une nouvelle thérapie, pour des périodes de remboursement non consécutives, avec un maximum de 3 par 12 mois, à partir du premier jour du premier mois de l'accord.

Aucun montant n'est porté en compte au bénéficiaire.

§5. Livraison de l'oxygène médical gazeux et des accessoires par le fournisseur non-pharmacien

A condition de soumettre la prescription telle que mentionnée au § 1er ainsi que la copie de la facture et/ou le(s) bon(s) de livraison, et qui est présentée au pharmacien par le bénéficiaire, son représentant ou le fournisseur non-pharmacien, les organismes assureurs accordent un remboursement de l'assurance par mois, qui s'élève au montant facturé par le fournisseur non-pharmacien avec un maximum de:

- 22,17 euros, TVA incluse, pour la location des bouteilles et du détendeur;
- 2,54 euros, TVA incluse, pour les masques et/ou lunettes à oxygène;
- 1,70 euros, TVA incluse, pour les tuyaux;
- 4,41 euros, TVA incluse, pour les humidificateurs à usage unique;

Par mois, seul un masque ou une lunette à oxygène, un tuyau et un humidificateur sont remboursables.

Le fournisseur non-pharmacien veille à la bonne rotation du stock de bouteilles d'oxygène et ne porte en compte aucun supplément pour la reprise du matériel.

Le pharmacien peut réclamer au bénéficiaire la différence entre le montant facturé par le fournisseur non-pharmacien et le remboursement de l'assurance accordé par l'organisme assureur en application des dispositions du précédent alinéa.

Dans le cas où ce supplément est à charge du bénéficiaire, le montant ne peut pas dépasser 20% du forfait de l'accessoire.

§6. Honorarium voor coördinatie en begeleiding van medische gasvormige zuurstofbehandeling door de apotheker

Er wordt maximaal gedurende de voorschrijfperiode per maand aan de apotheker een honorarium toegestaan van P6,70, BTW inbegrepen

§7. Geen enkel andere supplementaire kost dan deze die voorzien zijn in § 5, zullen kunnen gefactureerd worden aan de rechthebbenden.

§6. Honoraire pour la coordination et l'accompagnement du traitement par oxygène médical gazeux par le pharmacien.

Un honoraire de P6,70 TVA incluse est accordée par mois au pharmacien et ce, au maximum pour la période de la prescription.

§7. Aucun autre coût supplémentaire autre que ceux prévus au § 5 ne pourront être facturés aux bénéficiaires.

Hoofdstuk 3 – lijst van de vergoedbare diagnostische middelen.

Afdeling 1 - bloeddrukmeters

A. Er wordt aan de apothekers een maximale tegemoetkoming vanwege de verzekering voor geneeskundige verzorging toegekend voor de aflevering van een bloeddrukmeter aan de rechthebbenden die opgenomen zijn in een “zorgtraject chronische nierinsufficiëntie”.

De tegemoetkoming mag worden verleend voor zover de huisarts van de rechthebbende of een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier op het voorschrift « zorgtraject chronische nierinsufficiëntie » of de afkorting “ZTN” heeft vermeld.

Het maximum bedrag van de tegemoetkoming voor de bloeddrukmeter bedraagt 60 euro incl. BTW.
Het bedrag bevat de apotheekprijs van het toestel, de BTW, de Recupelbijdrag, de Bebatbijdrage en de waarborg.

De maximum tegemoetkoming voor de bloeddrukmeter mag nooit het werkelijke bedrag overschrijden en kan slechts één maal per rechthebbende toegekend worden.

De eventueel bijkomende kost die voorvloeit uit het verschil tussen de apotheekprijs van het apparaat en het maximale bedrag van de tegemoetkoming is ten laste van de rechthebbende.

Als er een toeslag aangerekend wordt ten laste van de rechthebbende, kan die niet hoger zijn dan 18 euro.

Deze tegemoetkoming wordt ook toegestaan aan de andere leveranciers evenals aan de ziekenhuisapotheker die aan de rechthebbenden uit een rusthuis voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis aflevert.

Een bloeddrukmeter kan slechts eenmaal per rechthebbende worden voorgeschreven en afgeleverd.

B. Enkel bloeddrukmeters die opgenomen zijn op de volgende lijst komen in aanmerking voor de tegemoetkoming.

Chapitre 3 – liste des moyens diagnostiques remboursables

Section 1 – tensiomètres

A. Une intervention maximale de l’assurance soins de santé est accordée aux pharmaciens pour la fourniture d’un tensiomètre aux bénéficiaires inscrits dans un trajet de soins « insuffisance rénale chronique ».

L’intervention peut être accordée pour autant que le médecin généraliste du bénéficiaire ou un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global, ait indiqué sur la prescription: « trajet de soins insuffisance rénale chronique» ou l’abréviation « TSI ».

Le montant maximum de l’intervention pour le tensiomètre s’élève à 60 € incl.TVA.
Ce montant comprend le prix pharmacien du matériel, la TVA, la cotisation Recupel, la cotisation Bebat et la garantie.

L’intervention maximale pour le tensiomètre ne peut jamais dépasser le montant réel et ne peut être octroyée qu’une seule fois par bénéficiaire.

Le supplément éventuel résultant de la différence entre le prix pharmacien de l’appareil et le montant de l’intervention est à charge du bénéficiaire.

Dans le cas où un supplément est à charge du bénéficiaire, ce montant ne peut pas dépasser 18 euros.

Cette intervention est également accordée aux pharmaciens hospitaliers qui délivrent aux bénéficiaires d’une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins ainsi qu’aux autres fournisseurs.

Un tensiomètre ne peut être prescrit et délivré qu’une fois par bénéficiaire.

B. L’intervention n’est accordée que pour des tensiomètres qui sont repris dans la liste.

Code CNK	Benaming Dénomination	Prix pharmacien (incl. TVA, BEBAT, RECUPEL) apothekerprijs (incl. BTW, BEBAT, RECUPEL)	Supplément bénéficiaire Toeslag rechthebbende
2398626 7110992*	BLOOD PRESSURE MONITOR WRIST BP W100 Patch Pharma NV	56,24 €	0,00 €
2512812 7105463*	DIAGNOSTEC EW 3106 Teleflex medical	61,41 €	1,41 €
2513174 7108368*	DIAGNOSTEC EW 3109 Teleflex medical	68,30 €	8,30 €
2880979 7111008*	MICROLIFE BLOOD PRESSURE MONITOR AUTOMATIC BP 3AG1 Patch Pharma NV	49,33 €	0,00 €
2398642 7111073*	MICROLIFE BLOOD PRESSURE MONITOR AUTOMATIC PLUS BP A 100 PLUS PATCH PHARMA NV	77,97 €	17,97 €
2378750	PREDICTOR Omega Pharma	58,65 €	0 €

7105414*			
2739324 7108343*	SAA-102 IXSys	60 €	0 €
2342681 7105489*	TENSOVAL DUO CONTROL Paul Hartman	67,55 €	7,55 €
2342699 7105471*	TENSOVAL DUO CONTROL LARGE Paul Hartman	67,55 €	7,55 €
2923415 7109994*	OMRON M2 (HEM-7119-E) MSH	48,60 €	0,00 €
2973485 7110000*	OMRON M3W (HEM-7202-E) MSH	69,59 €	9,59 €

C. Het bedrag van het honorarium voor de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier bedraagt P 8,89 incl. BTW.

Dit bedrag omvat de geleverde dienst door de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier met inbegrip van de informatie voor de rechthebbende over de noodzaak om regelmatig de bloeddruk te meten en over het onderhoud, het kalibreren van de bloeddrukmeter en de BTW.

C. Le montant pour l'honoraire du pharmacien, du pharmacien hospitalier ou du fournisseur s'élève à P 8,89 incl. TVA.

Ce montant comprend le service fourni par le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur en ce compris l'information du bénéficiaire concernant la nécessité de prendre régulièrement la mesure de sa tension ainsi que la maintenance, le calibrage du tensiomètre et la TVA.

<u>Afdeling 2</u> – Bloedglucosemeter – lancethouder – glucosecontrolestrips – lancetten

Onderafdeling 1 : Aflevering van zelfzorgmateriaal (bloedglucosemeter – lancethouder – glucosecontrolestrips – lancetten) in het raam van het zorgtraject «diabetes».

§1. Glucosecontrolestrips - lancetten

Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekking van glucosecontrolestrips en lancetten mag worden verleend voor elke rechthebbende met type 2-diabetes die een globaal medisch dossier heeft en een geldig zorgtrajectcontract diabetes heeft afgesloten en die een programma voor diabeteszelfregulatie met regelmatige glycemiecontrole (gemiddeld 25 metingen per maand) volgt of gaat volgen.

De glucosecontrolestrips en lancetten worden voorgeschreven door de huisarts die het zorgtrajectcontract diabetes met de betrokken rechthebbende heeft afgesloten of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende.

De tegemoetkoming kan slechts toegekend worden als de voorschrijvende arts op het voorschrift « zorgtraject diabetes » of de afkorting « ZT D » vermeldt.

Als het voorschrift die vermelding bevat, laat het toe om 3 dozen van 50 strips en 1 doos van 100 lancetten af te leveren, zelfs als het voorschrift de hoeveelheid niet vermeldt.

Elke rechthebbende die een zorgtrajectcontract diabetes heeft afgesloten, heeft per periode van 6 maanden, te rekenen vanaf de datum van het eerste voorschrift, recht op een pakket dat het volgende bevat:
- 3 dozen van 50 strips
- 1 doos van 100 lancetten

De glucosecontrolestrips en lancetten mogen enkel voorgeschreven worden in één van de volgende gevallen:

1° voor een rechthebbende die al gedurende minstens een jaar met insuline of met eenincretinemimeticum werd behandeld, die niet is bedoeld onder punt 3° of 4°, en van wie de HbA_{1c}-waarde, gemeten in de drie maanden vóór het voorschrift van de glucosecontrolestrips en lancetten, lager is dan 58 mmol/mol (of 7,5%).

Hernieuwingen van glucosecontrolestrips en lancetten zijn mogelijk zolang de HbA_{1c}-waarde, die niet eerder dandrie maanden vóór het einde van elke periode van 12 maanden verplicht moet worden gemeten, lager blijft dan 58 mmol/mol (of 7,5%) en het niet om een rechthebbende gaat zoals bedoeld onder punt 3° of 4°.

2° voor een rechthebbende die een insulinetherapie of een behandeling met een incretinemimeticum en/of een programma voor diabeteszelfregulatie gaat beginnen: alleen indien er zo snel mogelijk een diabeteseducatieprogramma met minstens 5

<u>Section 2</u> – Glucomètre – porte lancette – tigettes – lancettes

Sous-section 1: Délivrance du matériel d'autogestion (glucomètre – porte lancette – tigettes – lancettes) dans le cadre du trajet de soins «diabète».

§1. Tigettes de contrôle du glucose - lancettes

Une intervention de l'assurance dans la délivrance des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes peut être accordée au bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 possédant une dossier médical global qui a conclu un contrat trajet de soins diabète qui est encore valable et qui suit ou va suivre un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie (en moyenne 25 mesures par mois) est prévu.

Les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes sont prescrites par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins diabète avec le bénéficiaire concerné ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire.

L'intervention peut être accordée pour autant que le médecin prescripteur ait indiqué sur la prescription: « trajet de soins diabète» ou l'abréviation « TS D ».

Si la prescription comprend cette mention, elle permet la délivrance de 3 boîtes de 50 tigettes et de 1 boîte de 100 lancettes, même si la prescription ne stipule pas la quantité prescrite.

Chaque bénéficiaire qui a conclu un contrat trajet de soins diabète, a droit par période de 6 mois, à compter à partir de la date de la 1ère prescription, à un package comprenant :
- 3 conditionnements de 50 tigettes
- 1 conditionnement de 100 lancettes

Les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes peuvent seulement être prescrites sous une des conditions suivantes :

1° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique depuis au moins un an, qui n'est pas visé sous le point 3° ou 4° et dont la valeur HbA_{1c}, mesurée dans les trois mois avant la prescription des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes, est inférieure à 58 mmol/mol (ou 7,5 %).

Des renouvellements de tigettes de contrôle du glucose et de lancettes sont possibles aussi longtemps que la valeur HbA_{1c}, mesurée obligatoirement au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, reste inférieure à 58 mmol/mol (ou 7,5 %) et qu'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire visé sous le point 3° ou 4°.

2° pour un bénéficiaire qui va entamer une thérapie à l'insuline ou un traitement au moyen d'un incrétino-mimétique et/ou qui va entamer un programme d'autogestion diabétique : uniquement dans le cas où un

verstrekkingen « opstarteducatie » van 30 minuten wordt opgestart.

De glucosecontrolestrips en lancetten kunnen enkel worden hernieuwd wanneer de rechthebbende met insuline of met een incretinemimeticum wordt behandeld en minstens 5 verstrekkingen «opstarteducatie» van 30 minuten heeft gevolgd.

Latere hernieuwingen van glucosecontrolestrips en lancetten blijven mogelijk indien het niet gaat om een rechthebbende bedoeld onder de punten 4° of 5°.

3° voor een rechthebbende die al met insuline of met een incretinemimeticum wordt behandeld en die overstapt van het programma « educatie en zelfzorg » naar een programma voor diabeteszelfregulatie: hier gelden dezelfde voorwaarden als voor de rechthebbenden bedoeld onder punt 2°.

4° voor een rechthebbende die gaat overschakelen of die al is overgeschakeld van één naar twee insuline-injecties per dag: alleen indien er zo snel mogelijk een bijkomende diabeteseducatie met minstens 2educatieverstrekkingen van 30 minuten wordt opgestart.

Zes maanden na de overschakeling van één naar twee insuline-injecties kunnen glucosecontrolestrips en lancetten enkel worden hernieuwd wanneer de rechthebbende minstens 2 educatieverstrekkingen van 30 minuten heeft gevolgd.

Latere hernieuwingen van glucosecontrolestrips en lancetten blijven mogelijk indien het niet gaat om een rechthebbende bedoeld onder punt 5°.

5° voor een rechthebbende die met insuline of met een incretinemimeticum wordt behandeld en die al een programma voor diabeteszelfregulatie volgt en die niet valt onder de punten 1°, 2°, 3° of 4°, en van wie de HbA_{1c}-waarde, die niet eerder dandrie maanden vóór het einde van elke periode van 12 maanden verplicht moet worden gemeten, hoger is dan 58 mmol/mol (of 7,5%): wanneer er zo snel mogelijk een bijkomende diabeteseducatie met minstens 2 educatieverstrekkingen van 30 minuten zal worden opgestart.

De glucosecontrolestrips en lancetten mogen alleen maar worden hernieuwd als de rechthebbende minstens 2 educatieverstrekkingen van 30 minuten heeft gevolgd.

Latere hernieuwingen van de glucosecontrolestrips en lancetten zonder een nieuwe bijkomende diabeteseducatie zijn mogelijk, voor zover de HbA_{1c}-waarde, die niet eerder dandrie maanden voor het einde van elke periode van 12 maanden is gemeten, niet opnieuw meer dan 58 mmol/mol (of 7,5%) bedraagt.

Als de HbA_{1c}-waarde opnieuw meer dan 58 mmol/mol (of 7,5%) bedraagt, is een nieuwe diabeteseducatie van minstens 2 educatieverstrekkingen van 30 minuten verplicht.

6° voor een rechthebbende die met insuline of met een incretinemimeticum wordt behandeld, die al een programma inzake zelfregulatie van diabetes mellitus volgt en die niet onder de

programme d'éducation au diabète comprenant au moins 5 prestations « éducation de départ » de 30 minutes va être entamé dans les meilleurs délais.

Les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes ne peuvent être renouvelées que dans le cas où le bénéficiaire est traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique et a suivi au moins 5 prestations « éducation de départ » de 30 minutes.
Des renouvellements ultérieurs de tigettes de contrôle du glucose et de lancettes restent possibles s'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire visé sous le point 4° ou 5°.

3° pour un bénéficiaire déjà traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique qui passe d'un programme «éducation et autogestion» vers un programme d'autogestion diabétique: les mêmes conditions que pour les bénéficiaires visés sous le point 2° sont d'application.

4° pour un bénéficiaire qui va passer ou qui est déjà passé de une à deux injections d'insuline par jour : uniquement dans le cas où une éducation au diabète supplémentaire comprenant au moins 2 prestations éducation de 30 minutes va être entamée dans les meilleurs délais.

Six mois après le passage de une à deux injections d'insuline, les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes ne peuvent être renouvelées que dans le cas où le bénéficiaire a suivi au moins 2 prestations éducation de 30 minutes.
Des renouvellements ultérieurs de tigettes de contrôle du glucose et lancettes restent possibles s'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire visé sous le point 5°.

5° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique et qui n'est pas visé dans les points 1°, 2°, 3° ou 4°, dont la valeur HbA_{1c}, mesurée obligatoirement au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, est supérieure à 58 mmol/mol (ou 7,5 %): dans le cas où une éducation au diabète supplémentaire comprenant au moins 2 prestations éducation de 30 minutes va être entamée dans les meilleurs délais.

Les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes ne peuvent être renouvelées que dans le cas où le bénéficiaire a suivi au moins 2 prestations éducation de 30 minutes.

Des renouvellements ultérieurs des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes, sans nouvelle éducation au diabète supplémentaire, restent possibles aussi longtemps que la valeur HbA_{1c}, mesurée au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, n'est pas à nouveau supérieure à 58 mmol/mol (ou 7,5 %).

Dans le cas où la valeur HbA_{1c} est à nouveau supérieure à 58 mmol/mol (ou 7,5%), une nouvelle éducation au diabète d'au moins 2 prestations d'éducation de 30 minutes est obligatoire.

6° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'un incrétino-mimétique qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique et qui n'est pas visé dans les

punten 2°, 3°, 4° en 5° valt: indien de rechthebbende al een diabeteseducatie heeft genoten in het kader van de diabetesovereenkomst.

Voor alle voornoemde rechthebbenden is een voorschrift voor een nieuwe periode van 6 opeenvolgende maanden alleen mogelijk als het gaat om een rechthebbende voor wie de huisarts of een educator heeft vastgesteld dat hij daadwerkelijk de vereiste glycemiecontroles tijdens de afgelopen periode heeft uitgevoerd.

De voorschriften kunnen voor een nieuwe periode worden hernieuwd vanaf 3 maanden vóór het verstrijken van de betreffende periode van 6 maanden.

De educatieprogramma's, bedoeld in de punten 2°, 3°, 4° en 5°, kunnen worden uitgevoerd door de educatoren.

De voorschrijvende huisarts bewaart in het globaal medisch dossier van de rechthebbenden de verslagen van de educatoren waaruit blijkt dat de voorwaarden op het vlak van de verplichte educatie vervuld zijn.
Die verslagen worden 5 jaar bewaard.

De huisarts bezorgt de gegevens over de diabeteseducatie en de HbA_{1c}-resultaten aan de adviserend geneesheer op zijn verzoek.

Met het voorschrift voor glucosecontrolestrips en lancetten kan de rechthebbende het materiaal verkrijgen in de apotheken opengesteld voor het publiek of bij de leveranciers.

De glucosecontrolestrips en lancetten mogen alleen maar aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende worden aangerekend wanneer al het materiaal voor de periode van 6 maanden is geleverd.

Voor de aflevering van glucosecontrolestrips en lancetten moet de voorschrijvende huisarts erop toezien dat op zijn voorschriften het maximum vergoedbare materiaal waarin voor iedere periode van 6 maanden, te rekenen vanaf de datum van het eerste voorschrift, is voorzien, niet wordt overschreden ongeacht het feit of de rechthebbende het materiaal in een apotheek opengesteld voor het publiek of bij een leverancier heeft verkregen.

De glucosecontrolestrips en lancetten mogen nooit worden voorgeschreven voor een rechthebbende die in het kader van de diabetesovereenkomst een programma volgt dat eveneens het materiaal voor diabeteszelfregulatie dekt.

Deze tegemoetkoming wordt ook toegestaan aan de leveranciers evenals aan de ziekenhuisapotheker die aan de rechthebbenden uit een rusthuis voor bejaarden of een rust- en verzorgingstehuis aflevert.

De maximale tegemoetkoming bedraagt:
- voor het pakket glucosecontrolestrips en lancetten : 75,35 euro inclusief BTW;
- voor het afleveringshonorarium voor de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier: P 5,03 inclusief BTW.

points 2°, 3°, 4° et 5°: dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié de l'éducation au diabète dans le cadre de la convention diabétique.

Pour tous les bénéficiaires précités, une prescription pour une nouvelle période de 6 mois consécutifs n'est possible que dans le cas où il s'agit d'un bénéficiaire pour lequel le médecin généraliste ou un éducateur a constaté qu'il a effectivement exercé les contrôles de glycémie nécessaires durant la période écoulée.

Les renouvellements des prescriptions pour une nouvelle période sont possibles à partir de 3 mois avant la fin de la période de 6 mois concernée.

Les programmes d'éducation visés dans les points 2°, 3°, 4° et 5° peuvent être réalisés par les éducateurs.

Le médecin généraliste prescripteur conserve dans le dossier médical global du bénéficiaire les rapports des éducateurs témoignant qu'il a été satisfait aux conditions en matière d'éducation obligatoire.
Ces rapports sont conservés 5 ans.

Les données relatives à l'éducation au diabète et les résultats HbA_{1c} sont transmis par le médecin généraliste au médecin-conseil à sa demande.

La prescription des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes permet au bénéficiaire d'obtenir le matériel soit dans les pharmacies ouvertes au public ou auprès des fournisseurs.

Les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes ne peuvent être portées en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel a été délivré pour la période de 6 mois.

Pour la délivrance des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes, le médecin généraliste prescripteur doit veiller à ce que le maximum de matériel remboursable prévu pour chaque période de 6 mois à compter de la date de la première prescription, ne soit pas dépassé dans ses prescriptions, peu importe que le bénéficaire ait obtenu le matériel soit dans les pharmacies ouvertes au public ou auprès des fournisseurs.

Les tigettes de contrôle du glucose et les lancettes ne peuvent jamais être prescrites pour un bénéficiaire qui suit, dans le cadre de la convention diabétique, un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique.

Cette intervention est également accordée aux pharmaciens hospitaliers qui délivrent aux bénéficiaires d'une maison de repos pour personnes âgées ou une maison de repos et de soins ainsi qu'aux fournisseurs.

Le montant maximum de l'intervention s'élève à :
- pour les tigettes et lancettes: 75,35 euros, TVA comprise ;
- pour l'honoraire de délivrance pour le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur : P 5,03 TVA comprise.

§2. Bloedglucosemeter en lancethouder (startpakket)

Een verzekeringstegemoetkoming voor de bloedglucosemeter kan worden toegekend aan iedere rechthebbende met type 2-diabetes die een geldig zorgtrajectcontract diabetes heeft afgesloten.

De bloedglucosemeter wordt voorgeschreven door de huisarts die een zorgtrajectcontract diabetes met de betrokken rechthebbende heeft afgesloten of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende.

De tegemoetkoming kan slechts toegekend worden als de voorschrijvende arts op het voorschrift « zorgtraject diabetes » of de afkorting «ZT D» vermeldt.

Indien het voorschrift geen merknaam van een bloedglucosemetervermeldt dan wordt het meest aangewezen toestel voor de rechthebbende gekozen door de apotheker of leverancier in overleg met de rechthebbende en de geraadpleegde educator.

De educator vult het document «aanvraag voor de aflevering van een bloedglucosemeter» in en vermeldt de merknaam van het meest aangewezen toestel voor de rechthebbende.

De diabeteseducator verbindt zich ertoe het voorgeschreven educatieprogramma in het kader van het zorgtraject diabetes uit te voeren.

Het document «aanvraag voor de aflevering van een bloedglucosemeter» is bepaald onder "f" van deel II van de lijst.

Door middel van het voorschrift van de huisarts en het document dat door de educator werd ingevuld kan de rechthebbende het materiaal verkrijgen in de apotheken opengesteld voor het publiek of bij de leveranciers.

De bloedglucosemeter wordt samen met een lancethouder afgeleverd en mag alleen maar aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende worden aangerekend wanneer al het materiaal (bloedglucosemeter en lancethouder) is afgeleverd.

De bloedglucosemeter (startpakket) mag slechts één keer per rechthebbende worden voorgeschreven, ongeacht of de rechthebbende het materiaal heeft verkregen in de apotheken opengesteld voor het publiek of bij een leverancier.

De bloedglucosemeter (startpakket) mag nooit worden voorgeschreven:

- voor een rechthebbende die in het kader van de diabetesovereenkomst een programma volgt of heeft gevolgd, dat eveneens het materiaal voor diabeteszelfregulatie dekt ;
- voor een rechthebbende die opgenomen is in een programma « educatie en zelfzorg » en die geen zorgtraject afgesloten heeft.

§2. Glucomètre et porte lancette (package de départ)

Une intervention de l'assurance pour le glucomètre peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 qui a conclu un contrat trajet de soins diabète qui est encore valable.

Le glucomètre est prescrit par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins diabète avec le bénéficiaire concerné ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire.

L'intervention peut être accordée pour autant que le médecin prescripteur, ait indiqué sur la prescription: « trajet de soins diabète» ou l'abréviation « TS D ».

La prescription ne fait pas mention de la marque du glucomètre. L'appareil le mieux adapté au bénéficiaire est choisi en concertation entre le bénéficiaire et l'éducateur qu'il a consulté.

L'éducateur complète le document de «demande pour la délivrance d'un glucomètre» et y mentionne le nom de l'appareil le plus approprié au bénéficiaire.

L'éducateur en diabétologie s'engage à exécuter le programme d'éducation prescrit dans le cadre du trajet de soins diabète.

Le modèle du document de «demande pour la délivrance d'un glucomètre» est fixé sous « f » de la partie II de la liste.

La prescription du médecin généraliste et le document rempli par l'éducateur permettent au bénéficiaire d'obtenir le matériel soit dans les pharmacies ouvertes au public ou auprès des fournisseurs.

Le glucomètre est délivré avec un porte lancette et ne peut être porté en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel (glucomètre et porte-lancette) a été délivré.

Le glucomètre (package de départ) ne peut être prescrit qu'une fois par bénéficiaire, peu importe que le bénéficiaire ait obtenu le matériel soit dans les pharmacies ouvertes au public ou auprès des fournisseurs.

Le glucomètre (package de départ) ne peut jamais être prescrit :

- pour un bénéficiaire qui suit ou qui a suivi dans le cadre de la convention diabétique un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique ;
- pour un bénéficiaire qui est repris dans un programme « éducation et autogestion » et qui n' a pas conclu de trajet de soins.

De maximale tegemoetkoming bedraagt:
- voor de bloedglucosemeter en lancethouder samen: 22,17 euro inclusief BTW, recupelbijdrage en waarborg;
- voor het afleveringshonorarium voor de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier: P 3,46 inclusief BTW.

Le montant maximum de l'intervention s'élève à :
- pour le glucomètre et le porte lancette (ensemble) : 22,17 euros, TVA, cotisation récupel et garantie comprises ;
- pour l'honoraire de délivrance pour le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur : P 3,46 TVA comprise.

§3. Bloedglucosemeter en lancethouder - hernieuwing

§3. Glucomètre et porte lancette - renouvellement

Een voorschrift voor de hernieuwing van de bloedglucosemeter kan niet eerderworden opgesteld dan na 3 jaar gebruik van de vorige bloedglucosemeter of indien het toestel defect is en het moet worden vervangen of als het toestel verouderd is.

Une prescription pour le renouvellement du glucomètre peut être rédigée au plus tôt après 3 ans d'utilisation de l'ancien glucomètre, ou dans le cas où ce dernier est défectueux et nécessite le remplacement de l'appareil ou dans le cas où le type de matériel est désuet.

Om medische redenen is de hernieuwing ook mogelijk vóór het verstrijken van de periode van 3 jaar, meer bepaald als het vorige toestel om medische redenen niet meer voor de rechthebbende geschikt is.

Le renouvellement avant l'expiration de la période de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué, notamment dans le cas où pour des raisons médicales l'ancien appareil n'est plus approprié pour le bénéficiaire.

De bloedglucosemeter kan meermaals voor een rechthebbende worden voorgeschreven, op voorwaarde dat er een periode van minstens 3 jaar ligt tussen beide voorschriften behalve om medische redenen.

Le glucomètre peut être prescrit à plusieurs reprises pour un bénéficiaire, moyennant qu'il y ait une période d'au moins 3 ans entre deux prescriptions, sauf pour des raisons médicales.

De bloedglucosemeter kan eveneens worden voorgeschreven:

Le glucomètre peut également être prescrit :

- voor een rechthebbende die niet langer in het kader van de diabetesovereenkomst een programma volgt dat eveneens het materiaal voor diabeteszelfregulatie dekt, waarbij de bloedglucosemeter die in het kader van de diabetesovereenkomst ter beschikking is gesteld minstens 3 jaar oud is. Om medische redenen is de hernieuwing ook mogelijk vóór het verstrijken van de minimumperiode van 3 jaar als geen enkele bloedglucosestrip en/of lancet opgenomen in de lijst, nog kan gebruikt worden met de bloedglucosemeter die ter beschikking werd gesteld in het kader van de diabetesovereenkomst;

- pour un bénéficiaire qui ne suit plus un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique dans le cadre de la convention diabétique dans le cas où le glucomètre mis à sa disposition dans le cadre de la convention diabétique date d'il y a au moins 3 ans ; le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué de même que si aucune tigettes et/ou lancettes reprises dans la liste n'est compatible avec le glucomètre mis à disposition dans le cadre de la convention diabétique;

- voor een rechthebbende die, alvorens hij een zorgtraject-contract « diabetes » heeft ondertekend, een beperkt programma « educatie en zelfzorg » heeft gevolgd, als de bloedglucosemeter die in het kader van dat programma ter beschikking is gesteld, minstens 3 jaar oud is. De hernieuwing kan ook om medische redenen worden ingeroepen vóór het verstrijken van de periode van 3 jaar.

- pour un bénéficiaire qui, avant d'avoir signé un contrat trajet de soins diabète, a suivi un programme « éducation et autogestion », dans le cas où le glucomètre mis à sa disposition dans le cadre de ce programme date d'il y a au moins 3 ans ; le renouvellement avant l'expiration de la période de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué.

Alle andere bepalingen die van toepassing zijn op de eerste bloedglucosemeter blijven geldig.
Het meest aangewezen toestel voor de rechthebbende wordt gekozen in overleg met de rechthebbende en de geraadpleegde educator.

Toutes les autres dispositions applicables à la délivrance du 1er glucomètre restent valables.
L'appareil le plus indiqué pour le bénéficiaire est choisi en concertation avec le bénéficiaire et l'éducateur concerté.

Ook voor een rechthebbende die komt uit groep 3A van de diabetesovereenkomst is het volgen van één verstrekking « educatie » van 30 minuten verplicht.

Cependant, pour un bénéficiaire issu du groupe 3 A de la convention diabétique, une seule prestation « éducation » de 30 minutes est obligatoire.

Een hernieuwing voor een bloedglucosemeter kan enkel worden voorgeschreven aan een rechthebbende die ook beantwoordt aan de voorwaarden voor de aflevering van het zelfzorgmateriaal.

Afin de pouvoir prescrire un renouvellement pour le glucomètre, le bénéficiaire doit également répondre aux conditions pour la délivrance du matériel d'autogestion.

De maximale tegemoetkoming bedraagt:
- voor de bloedglucosemeter en lancethouder samen: 22,17 euro inclusief BTW, recupelbijdrage en waarborg;
- voor het afleveringshonorarium voor de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier : P 3,46 inclusief BTW.

Le montant maximum de l'intervention s'élève à :
- pour le glucomètre et le porte lancette (ensemble) : 22,17 euros, TVA, cotisation récupel et garantie comprises ;
- pour l'honoraire de délivrance pour le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur : P 3,46 TVA comprise.

Onderafdeling 2: Aflevering van zelfzorgmateriaal (bloedglucosemeter – lancethouder – glucosecontrolestrips – lancetten) in het raam van het programma « educatie en zelfzorg ».

§1. Glucosecontrolestrips - lancetten

De tegemoetkoming kan slechts toegekend worden als de voorschrijvende arts op het voorschrift vermeldt dat de rechthebbende zich in een programma «educatie en zelfzorg» bevindt.

Op dat voorschrift vermeldt de arts duidelijk «programma educatie en zelfzorg» of de afkorting «programma EZ».

Als het voorschrift die vermelding bevat, laat het toe om 2 dozen van 50 glucosecontrolestrips en 1 doos van 100 lancetten af te leveren, zelfs als het voorschriftde hoeveelheid niet vermeldt.

Elke rechthebbende die buiten het zorgtraject valt, heeft per jaar recht op een pakket dat het volgende bevat:
- 2 verpakkingen van 50 glucosecontrolestrips
- 1 verpakking van 100 lancetten

De maximale tegemoetkoming bedraagt :
- voor het zelfzorgmateriaal: 53,19 euro inclusief BTW;
- voor het afleveringshonorarium voor de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier: P 5,03 inclusief BTW.

§2. Bloedglucosemeter en lancethouder (startpakket)

De tegemoetkoming kan slechts toegekend worden als de voorschrijvende arts op het voorschrift vermeldt dat de rechthebbende zich in een programma « educatie en zelfzorg » bevindt.

Op dat voorschrift vermeldt de arts duidelijk «programma educatie en zelfzorg» of de afkorting «programma EZ ».

De maximale tegemoetkoming bedraagt :
- voor de bloedglucosemeter en lancethouder samen: 22,17 euro inclusief BTW, recupelbijdrage en waarborg;
- voor het afleveringshonorarium voor de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier: P 3,46 inclusief BTW.

Sous-section 2: Délivrance du matériel d'autogestion (glucomètre – porte lancette – tigettes – lancettes) dans le cadre du programme « éducation et autogestion ».

§1. Tigettes de contrôle du glucose, lancettes

L'intervention peut être accordée pour autant que le médecin prescripteur ait indiqué sur la prescription que le bénéficiaire se trouve dans un programme « éducation et autogestion ».

Sur cette prescription le médecin mentionne alors clairement : «programme éducation et autogestion» ou l'abréviation «programme EA »

Si la prescription comprend cette mention, elle permet la délivrance de 2 conditionnements de 50 tigettes et 1 conditionnement de 100 lancettes même si la prescription ne mentionne pas la quantité.

Chaque bénéficiaire hors du trajet de soins a droit par année à un package comprenant :
- 2 conditionnements de 50 tigettes
- 1 conditionnement de 100 lancettes

Le montant maximum de l'intervention s'élève à :
- pour le matériel d'autogestion: 53,19 euros, TVA comprise ;
- pour l'honoraire de délivrance pour le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur: P 5,03, TVA comprise.

§2. Glucomètre et porte lancette (package de départ)

L'intervention peut être accordée pour autant que le médecin prescripteur ait indiqué sur la prescription que le bénéficiaire se trouve dans un programme « éducation et autogestion ».

Sur cette prescription le médecin mentionne alors clairement : « programme éducation et autogestion» ou l'abréviation « programme EA »

Le montant maximum de l'intervention s'élève à :
- pour le glucomètre et porte lancette (ensemble): 22,17 euros, TVA, cotisation récupel et garantie comprises;
- pour l'honoraire de délivrance pour le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur : P 3,46 TVA comprise.

§3. Bloedglucosemeter en lancethouder - hernieuwing

Een hernieuwingsvoorschrift voor de bloedglucosemeter kan niet eerder darna 3 jaar gebruik van de oude bloedglucosemeter worden opgesteld als die meter defect is en het toestel moet worden vervangen, of als het toestel verouderd is. Om medische redenen is de hernieuwing ook mogelijk vóór het verstrijken van de minimumperiode van 3 jaar, meer bepaald als het vorige toestel om medische redenen niet meer voor de rechthebbende geschikt is.

De bloedglucosemeter kan meermaals voor een rechthebbende worden voorgeschreven, op voorwaarde dat er een periode van minstens 3 jaar ligt tussen beide voorschriften behalve om medische redenen.

De tegemoetkoming kan slechts toegekend worden als de voorschrijvende arts op het voorschrift vermeldt dat de rechthebbende zich in een programma «educatie en zelfzorg» bevindt.

Op dat voorschrift vermeldt de arts duidelijk «programma educatie en zelfzorg» of de afkorting «programma EZ».

De maximale tegemoetkoming bedraagt :
- voor de bloedglucosemeter en lancethouder samen: 22,17 euro inclusief BTW, recupelbijdrage en waarborg;

- voor het afleveringshonorarium voor de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier: P 3,46 inclusief BTW.

§4. Vergoedingsvoorwaarden voor de aflevering van zelfzorgmateriaal in het raam van het programma «educatie en zelfzorg».

Een verzekeringstegemoetkoming wordt toegekend onder de volgende voorwaarden:

- de rechthebbende lijdt aan type 2-diabetes ;
- de rechthebbende beschikt over een globaal medisch dos sier ;
- de rechthebbende heeft nooit een zorgtrajectcontract diabetes afgesloten ;
- de rechthebbende volgt geen programma in het kader van de diabetesovereenkomst dat het diabeteszelfregula tiemateriaal vergoedt en heeft ook nooit een dergelijk programma gevolgd ;
- de rechthebbende wordt behandeld met een incretinemi meticum of krijgt dagelijks één insuline-injectie ;

- de verstrekkingen worden voorgeschreven door de huis arts die het globaal medisch dossier van de rechthebben de bewaart of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebben de ;
- de voorschrijvende huisarts bevestigt dat aan de recht hebbende diabeteseducatie werd gegeven ;
- de voorschrijvende huisarts heeft aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de recht hebbende de datum van het eerste voorschrift meegedeeld

§3. Glucomètre et porte lancette - renouvellement

Une prescription pour le renouvellement du glucomètre peut être rédigée au plus tôt après 3 ans d'utilisation de l'ancien glucomètre dans le cas où ce dernier est défectueux et nécessite le remplacement de l'appareil ou dans le cas où le type du matériel est désuet. Le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué, notamment dans le cas où pour des raisons médicales l'ancien appareil n'est plus approprié pour le bénéficiaire.

Le glucomètre peut être prescrit à plusieurs reprises pour un bénéficiaire, moyennant qu'il y ait une période d'au moins 3 ans entre deux prescriptions, sauf pour des raisons médicales.

L'intervention peut être accordée pour autant que le médecin prescripteur ait indiqué sur la prescription que le bénéficiaire se trouve dans un programme « éducation et autogestion. »

Sur cette prescription le médecin mentionne alors clairement : «programme éducation et autogestion» ou l'abréviation « programme EA».

Le montant maximum de l'intervention s'élève à :
- pour le glucomètre et porte lancette (ensemble) : 22,17 euros, TVA, cotisation récupel et garantie comprises;

- pour l'honoraire de délivrance pour le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur : P 3,46 TVA comprise.

§4. Conditions de remboursement pour la délivrance du matériel d'autogestion dans le cadre du programme «éducation et autogestion».

Une intervention de l'assurance peut être accordée sous les conditions suivantes :

- le bénéficiaire souffre de diabète de type 2 ;
- le bénéficiaire dispose d'un dossier médical global ;
- le bénéficiaire n'a jamais conclu un contrat trajet de soins diabète ;
- le bénéficiaire ne suit pas et n'a jamais suivi, dans le cadre de la convention diabétique, un programme qui couvre le matériel d'autogestion diabétique ;
- le bénéficiaire suit un traitement au moyen d'un incrétino-mimétique ou d'une injection quotidienne d'insuline ;
- les prestations sont prescrites par le médecin généraliste qui tient le dossier médical global du bénéficiaire ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire ;
- le médecin généraliste prescripteur certifie qu'une éducation au diabète est donnée au bénéficiaire ;
- le médecin généraliste prescripteur a informé le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire de la date de la première prescription à

vanaf wanneer hij/zij een beperkt programma « educatie en zelfzorg » heeft opgestart voor een rechthebbende van wie hij/zij het globaal medisch dossier bijhoudt.
De voorschrijver gebruikt daarvoor het model voor notificatie bepaald onder “g” van deel II van de lijst.

partir de laquelle il/elle a entamé un programme « éducation et autogestion » pour un bénéficiaire pour qui il/elle tient le dossier médical global.
A cet effet, le médecin prescripteur utilise le modèle de notification fixé sous « g » de la partie II de la liste.

Voor de aflevering van glucosecontrolestrips en lancetten is aan het einde van elke voorgeschreven periode van 12 maanden een voorschrift voor een nieuwe periode van 12 opeenvolgende maanden toegelaten, indien de volgende bijkomende voorwaarden zijn vervuld:

Pour la délivrance des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes, à la fin de chaque période prescrite de 12 mois, une prescription pour une nouvelle période de 12 mois consécutifs est autorisée dans le cas où les conditions supplémentaires suivantes sont remplies :

1° de voorschrijvende huisarts heeft vastgesteld dat de rechthebbende daadwerkelijk de vereiste glycemiecontroles tijdens de afgelopen periode heeft uitgevoerd;

1° le médecin généraliste prescripteur a constaté que le bénéficiaire a effectivement exercé les contrôles de glycémie nécessaires durant la période écoulée ;

2° de HbA_{1c}-waarde van de rechthebbende die op zijn vroegst 3 maanden voor het einde van elke periode van 12 maanden verplicht wordt gemeten, bedraagt minder dan 58 mmol/mol (of 7,5%).

2° la valeur HbA_{1c} du bénéficiaire, mesurée obligatoirement au plus tôt 3 mois avant la fin de chaque période de 12 mois, est inférieure à 58 mmol/mol (ou 7,5 %).

Indien die streefwaarde niet wordt bereikt, stelt de huisarts aan de rechthebbende voor om een zorgtrajectcontract diabetes af te sluiten of om een geneesheer-specialist te raadplegen.

Si cette valeur cible n'est pas atteinte, le médecin généraliste propose au bénéficiaire de conclure un contrat trajet de soins diabète ou de consulter un médecin spécialiste.

In dat geval komt de rechthebbende niet meer in aanmerking voor het beperkt programma «educatie en zelfzorg».

Le cas échéant, le bénéficiaire n’entre plus en ligne de compte pour le programme «éducation et autogestion».

Indien de HbA_{1c}-waarde van de rechthebbende minder dan 58 mmol/mol (of 7,5%) bedraagt, kan het voorschrift vanaf de datum, waarop het resultaat van die meting bekend is, worden hernieuwd.

Si la valeur HbA_{1c} du bénéficiaire est inférieure à 58 mmol/mol (ou 7,5 %), le renouvellement de la prescription est possible à partir de la date à laquelle le résultat de cette mesure est connu.

Met het voorschrift voor zelfzorgmateriaal (glucosecontrolestrips, lancetten, bloedglucosemeter, en lancethouder) in het raam van het programma «educatie en zelfzorg» kan de patient het materiaal verkrijgen in de apotheken opengesteld voor het publiek of bij de leveranciers.

La prescription du matériel d’autogestion (tigettes de contrôle du glucose, lancettes, glucomètre et porte lancette) dans le cadre du programme «éducation et autogestion» permet au patient d’obtenir le matériel soit dans les pharmacies ouvertes au public ou auprès des fournisseurs.

Het zelfzorgmateriaal en de hernieuwing voor de bloedglucosemeter kunnen alleen maar aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende worden aangerekend, wanneer al het materiaal is geleverd.

Le matériel d’autogestion et le renouvellement du glucomètre ne peuvent être portés en compte à l’organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel a été délivré.

De hernieuwing voor de bloedglucosemeter kan alleen maar worden voorgeschreven, als de rechthebbende beantwoordt aan de voorwaarden voor de hernieuwing van de aflevering van glucosecontrolestrips en lancetten.

Le renouvellement du glucomètre ne peut être prescrit que dans le cas où le bénéficiaire répond aux conditions de renouvellement pour la délivrance des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes.

Voor de aflevering van glucosecontrolestrips en lancetten moet de voorschrijvende huisarts erop toezien dat in zijn voorschriften het maximum vergoedbare materiaal waarin voor iedere periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de datum van het eerste voorschrift, is voorzien, niet wordt overschreden ongeacht het feit of de rechthebbende het materiaal in een apotheek opengesteld voor het publiek of bij een leverancier heeft verkregen.

Pour la délivrance des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes, le médecin généraliste prescripteur doit veiller à ce que le maximum de matériel remboursable prévu pour chaque période de 12 mois à compter de la date de la première prescription ne soit pas dépassé dans ses prescriptions, peu importe que le bénéficiaire ait obtenu le matériel soit dans une pharmacie ouverte au public ou auprès d’un fournisseur .

De huisarts bezorgt de gegevens over de diabeteseducatie en de HbA_{1c}-resultaten aan de adviserend geneesheer op diens verzoek.

Les données relatives à l'éducation au diabète et les résultats HbA_{1c} sont transmises par le médecin généraliste au médecin-conseil à sa demande.

Onderafdeling 3: Lijst van zelfzorgmateriaal (glucosecontrolestrips, lancetten en bloedglucosemeters) waarvoor een verzekeringstegemoetkoming toegekend wordt

Sous-section 3: Liste du matériel d'autogestion (tigettes de contrôle du glucose, lancettes et glucomètres) pour lequel une intervention de l'assurance peut être octroyée

CNK	Indic	Dénomination	Benaming	Labo	AfFabrP PexUs	AprPrijs PrixPhn	AprPrijs BTW incl. PrixPhn TVA incl.
2647543 7108970*	R	ABBOTT STARTKIT FREESTYLE FREEDOM LITE TRAJET SOIN	ABBOTT STARTKIT FREESTYLE FREEDOM LITE ZORGTRAJECT	Abbott	87,00	91,99	97,52
2647584 7108988*	S	ABBOTT MAINTENANCE KIT FREESTYLE LITE TRAJET SOINS	ABBOTT MAINTENANCE KIT FREESTYLE LITE ZORGTRAJECT	Abbott	68,50	71,08	75,35
2647550 7108996*	T	ABBOTT STARTKIT FREESTYLE FREEDOM L.EDUC.AUTOGEST.	ABBOTT STARTKIT FREESTYLE FREEDOM L.EDUC.ZELFZORG	Abbott	66,00	71,09	75,36
2647568 7109085*	U	ABBOTT MAINTENANCE KIT FREESTYLE L. EDUC.AUTOGEST.	ABBOTT MAINTENANCE KIT FREESTYLE LIT.EDUC.ZELFZORG	Abbott	47,50	50,18	53,19
2045003 7109002*	X	ACCU CHEK COMPACT STRIPS GLUCOSE 3X17	ACCU CHEK COMPACT STRIPS GLUCOSE 3X17	Roche Diagnostics	21,00	21,80	23,11
2221919 7109010*	X	ACCU CHEK AVIVA BANDELETTES REACTIVES 50	ACCU CHEK AVIVA TESTSTROKEN 50	Roche Diagnostics	21,00	21,80	23,11
2676823 7109101*	X	ACCU CHEK MOBILE TEST CASSETTE 50 TESTS	ACCU CHEK MOBILE TEST CASSETTE 50 TESTS	Roche Diagnostics	21,00	21,80	23,11
2583045 7109531*	X	BAYER BREEZE 2 – 50 BANDELETTE DE TEST DE GLYCEMIE	BAYER BREEZE 2 – 50 BLOEDGLUCOSE TESTSTRIPS	Bayer HealthCare	21,00	21,80	23,11
2576098 7109556*	X	BAYER CONTOUR 50 BANDELETTES	BAYER CONTOUR 50 TESTSTRIPS	Bayer HealthCare	21,00	21,80	23,11
2936631 7109572*	X	BAYER CONTOUR NEXT 50 BANDELETTES	BAYER CONTOUR NEXT 50 TESTSTRIPS	Bayer HealthCare	21,00	21,80	23,11
2836047 7109580*	X	BG STAR BANDELETTES 50	BG STAR TESTSTRIPS 50	Sanofi Aventis	21,00	21,80	23,11
2278901 7110919*	X	GLUCOCARD X-SENSOR 50 tigettes	GLUCOCARD X-SENSOR 50 strips	Menarini	21,00	21,80	23,11
2549863 7110927*	X	GLUCOMEN LX SENSOR 50 tigettes	GLUCOMEN LX SENSOR 50 strips	Menarini	21,00	21,80	23,11
2714244 7110935	X	GLUCOMEN GM SENSOR 50 tigettes	GLUCOMEN GM SENSOR 50 strips	Menarini	21,00	21,80	23,11
2968949 7109986*	X	GLUCOTEL 50 TIGETTES	GLUCOTEL 50 TESTSTRIPS	Heart Link Online	21,00	21,80	23,11
2829448 7109473*	X	ONE TOUCH VERIO 50 TIGETTES	ONE TOUCH VERIO 50 TESTSTRIPS	LifeScan Benelux	21,00	21,80	23,11
1705490 7109481*	X	ONE TOUCH ULTRA 50 TIGETTES	ONE TOUCH ULTRA 50 TESTSTRIPS	LifeScan Benelux	21,00	21,80	23,11
2549046 7109465*	X	ONE TOUCH VITA 50 TIGETTES	ONE TOUCH VITA 50 TESTSTRIP	LifeScan Benelux	21,00	21,80	23,11
2676807 7109093*	Y	ACCU CHEK MOBILE FASTCLIX LANCET 17X6	ACCU CHEK MOBILE FASTCLIX LANCETS 17X6	Roche Diagnostics	5,50	5,68	6,02
2596575 7109028*	Y	ACCU CHEK MULTICLIX LANCET 17X6	ACCU CHEK MULTICLIX LANCET 17X6	Roche Diagnostics	5,50	5,68	6,02
2612075 7109036*	Y	ACCU CHEK SOFTCLIX LANCET 100	ACCU CHEK SOFTCLIX LANCET 100	Roche Diagnostics	5,50	5,68	6,02
2623197 7109515*	Y	BAYER MICROLET 100 LANCETTES	BAYER MICROLET 100 LANCETTEN	Bayer HealthCare	5,50	5,68	6,02

2198620 7109044*	Y	BD MICROFINE+ LANCETTE 33G 100	BD MICROFINE+ LANCET 33G 100	Becton Dickinson	5,50	5,68	6,02
2835940 7109598*	Y	BG STAR LANCETTES 100	BG STAR LANCETTEN 100	Sanofi Aventis	5,50	5,68	6,02
2544393 7110943*	Y	GLUCOJECT LANCETS 100 lancettes	GLUCOJECT LANCETS 100 lancetten	Menarini	5,50	5,68	6,02
2829463 7109499*	Y	ONE TOUCH COMFORT 100 LANCETTES	ONE TOUCH COMFORT 100 LANCETTEN	LifeScan Benelux	5,50	5,68	6,02
1705516 7109507*	Y	ONE TOUCH ULTRASOFT 100 LANCETTES	ONE TOUCH ULTRASOFT 100 LANCETTEN	LifeScan Benelux	5,50	5,68	6,02
2221935 7109051*	Z	ACCU CHEK AVIVA ZORGTRAJECT	ACCU CHEK AVIVA TRAJET SOINS	Roche Diagnostics	18,50	20,91	22,16
2578383 7109523*	Z	BAYER BREEZE 2 LECTEUR DE GLYCEMIE	BAYER BREEZE 2 BLOEDGLUCOSEMETER	Bayer HealthCare	18,50	20,91	22,16
2576031 7109549*	Z	BAYER CONTOUR LECTEUR DE GLYCEMIE	BAYER CONTOUR BLOEDGLUCOSEMETER	Bayer HealthCare	18,50	20,91	22,16
2936649 7109564*	Z	BAYER CONTOUR XT LECTEUR DE GLYCEMIE	BAYER CONTOUR XT BLOEDGLUCOSEMETER	Bayer HealthCare	18,50	20,91	22,16
2836039 7109606*	Z	BG STAR KIT LECTEUR GLYCEMIE	BG STAR KIT BLOEDGLUCOSEMETER	Sanofi Aventis	18,50	20,91	22,16
2714236 7110950*	Z	GLUCOMEN GM set	GLUCOMEN GM set	Menarini	18,50	20,91	22,16
2805133 7110968*	Z	GLUCOMEN LX PLUS set	GLUCOMEN LX PLUS set	Menarini	18,50	20,91	22,16
2968931 7109119*	Z	GLUCOTEL	GLUCOTEL	Heart Link Online	18,50	20,91	22,16
2646438 7109457*	Z	ONE TOUCH VITA SYSTEME	ONE TOUCH VITA SYSTEEM	LifeScan Benelux	18,50	20,91	22,16

'R' : Startkit 'Trajet de soins' (= 1 glucomètre + 1 porte lancette + 100 lancettes +150 tigettes) - 1 kit par prescription	'R' : Startkit 'Zorgtraject' (= 1 bloedglucosemeter + 1 lancethouder + 100 lancetten +150 strips) - 1 kit per voorschrift
'S' : Maintenance kit 'Trajet de soins' (= 100 lancettes + 150 tigettes) - 1 kit par prescription	'S' : Maintenance kit 'Zorgtraject' (= 100 lancetten + 150 strips) - 1 kit per voorschrift
'T' : Startkit 'Education et augestion' (= 1 glucomètre + 1 porte lancette + 100 lancettes + 100 tigettes) - 1 kit par prescription	'T' : Startkit 'Educatie en zelfzorg' (= 1 bloedglucosemeter + 1 lancethouder + 100 lancetten + 100 strips) - 1 kit per voorschrift
'U' : Maintenance kit 'Education et autogestion' (= 100 lancettes + 100 tigettes) - 1 kit par prescription	'U' : Maintenance kit 'Educatie en zelfzorg' (= 100 lancetten + 100 strips)- 1 kit per voorschrift
'X' : tigettes – 2 ou 3 conditionnements par prescription	'X' : strips – 2 of 3 verpakkingen per voorschrift
'Y' : lancettes – 1 conditionnement par prescription	'Y' : lancetten – 1 verpakking per voorschrift
'Z' : Glucomètre – 1 appareil par prescription	'Z' : bloedglucosemeter – 1 toestel per voorschrift

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT
Par le Roi:
Le Ministre des Affaires Sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Albert
Van Koningswege;
De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

DEEL II – LIJST VAN DE IN DIT BESLUIT BEDOELDE DOCUMENTEN EN MODELLEN

a) Model van de verbintenis zoals bedoeld in artikel 7 van dit besluit

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

AANVRAAG TOT VERGOEDBAARHEID
DIAGNOSTISCH MIDDEL - VERZORGINGSMIDDEL

1. IDENTIFICATIE VAN DE AANVRAGER

Naam van het bedrijf dat verantwoordelijk is voor de aanvraag

2. IDENTIFICATIE VAN HET PRODUCT

Benaming van het product

Verpakking

Naam van het bedrijf waaronder het product in de handel wordt gebracht

3. BELANGRIJKSTE BESTANDDEEL OF BELANGRIJKSTE BESTANDDELEN

4. ATC-CODE

5. EU-RANGSCHIKKING

6. VERBINTENIS

De ondergetekende (naam en voornaam)

……

die handelt in naam van de onderneming (rechtsvorm - naam - adres)

……

welke hij / zij vertegenwoordigt in de hoedanigheid van

……

verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de inhoud van het koninklijk besluit van 24-10-2002 tot vaststelling van de procedures en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen en verbindt zich ertoe de verplichtingen opgelegd in dit koninklijk besluit na te leven.

De ondergetekende staat garant dat alle gegevens zoals ze worden meegedeeld in de aanvragen tot opname, wijziging of schrapping van de inschrijving op de lijst juist en volledig zijn. Hij/zij verbindt zich ertoe elke wijziging aan één van de elementen van de aanvraag tot vergoedbaarheid onmiddellijk mee te delen aan het secretariaat van de Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen.

Opgemaakt te ……, op ……..

Naam: ……

Voorna(a)m(en): ……

Adres: ……

……

Handtekening
(voorafgegaan van de handgeschreven woorden: “Gelezen en goedgekeurd”)

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Albert
Van Koningswege;

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

b) Machtiging tot het vergoeden van de middelen waarvoor de derdebetalersregeling toegelaten is

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:……

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend geneesheer, machtigt van ……..tot…….. (maximum … maanden) (1) de vergoeding van het middel ……. ……... ……

- Naam en voornaam van de rechthebbende:……
- Adres:……..
- Inschrijvingsnummer bij de V.I.:……...

De rechthebbende is verplicht deze machtiging te tonen aan de afleverende apotheker die er de nodige inlichtingen in het daartoe bestemde vak op aanbrengt bij het overleggen van het genees-middelenvoorschrift. (zie verso)

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

(1) De toegelaten maxima zijn bepaald in de desbetreffende vergoedingsreglementering.

In te vullen door de afleverende apotheker:

Datum van aflevering	Benaming en verpakking van het afgeleverde middel	Handtekening van de apotheker	Stempel van de apotheker

BELANGRIJKE OPMERKINGEN:

a) De machtiging geldt voor de door de adviserend geneesheer toegestane periode. Bij het verstrijken ervan legt de rechthebbende haar voor aan de adviserend geneesheer.

Op gemotiveerd advies van de behandelende geneesheer en voor zover de reglementering het toelaat, en volgens de voorwaarden en beperkingen waarin is voorzien, kan een nieuwe toestemming worden toegekend, voor het vergoedbaar middel dat de behandelende geneesheer zal voorschrijven voor de voortzetting van de behandeling.

b) De apotheker zal op het geneesmiddelenvoorschrift het omkaderde volgnummer, dat op de machtiging is vermeld, aanbrengen alsook, in alle gevallen waar dit voor de tarifering onontbeerlijk is, de categorie krachtens dewelke de adviserend geneesheer de vergoeding van het betrokken middel heeft gemachtigd. Hij mag alsdan de derdebetalersregeling toepassen.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Albert
Van Koningswege;

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE

c) Aanvraag ter attentie van de adviserend geneesheer.

I – Identificatie van de rechthebbende:

Naam :……

Voornaam :……..

Adres :……..
INSZ-nr : ……..

II – Te verklaren elementen door de geneesheer (het desbetreffende hokje aanduiden):

☐ Het gaat over een eerste aanvraag voor een eerste periode van maximum 1 jaar.
☐ Het gaat over een hernieuwing voor een periode van maximum 5 jaren.

Ik ondergetekende, geneesheer-specialist verklaart dat de hierondervermelde rechthebbende aan taaislijmziekte (mucoviscidose) lijdt.

Ik hou de bewijsstukken die aantonen dat de rechthebbende zich in de geattesteerde situatie bevindt ter beschikking van de adviserend-geneesheer.

III- Identificatie van de behandelende arts:

Naam :……..……

Voornaam :……..

Adres :……..

RIZIV-nr: ……..

…….……DATUM

STEMPEL

…….. HANDTEKENING VAN DE GENEESHEER

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Par le Roi:
La Ministre des Affaires sociales

Van Koningswege:
De Minister van Sociale Zaken

Laurette Onkelinx

d) Installatie – levering van gasvormige medische zuurstof: attest

……. (stempel van de apotheker) verklaart dat hij voor

……..…… (voornaam en naam van de rechthebbende)

……..…… (INSS nummer van de rechthebbende)

op …… (datum)

volgende verstrekkingen werden uitgevoerd:

☐ installatie van gasvormige zuurstof en toebehoren door de apotheker

- ☐ installatie
- ☐ controle
- ☐ informatie

☐ levering van toebehoren door de apotheker

Types van toebehoren	Huursom / prijs per eenheid	Aantal eenheden	Aantal dagen huur
……	……	……	
……	……	……	
……	……	……	
……..	……..	……..	
……	……	……	

Handtekening:

De apotheker De rechthebbende of zijn vertegenwoordiger

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Albert
Van Koningswege;
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen ,
L. ONKELINX

e)Machtiging tot het vergoeden van een zuurstofconcentrator waarvoor de derdebetalersregeling toegelaten is

ZIEKENFONDS, GEWESTELIJKE DIENST OF KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING:
……...

Volgnummer van de machtiging:

De ondergetekende, adviserend geneesheer, machtigt de vergoeding van een zuurstofconcentrator vanaf …/…/…… voor een periode van … maanden.
(De geldigheidsduur is beperkt tot 12 maanden met maximaal 3 perioden tot tegemoetkoming van telkens maximaal 1 maand).

- Naam en voornaam van de rechthebbende: ……
- Adres: ……...
- INSZ-nr: ……

De rechthebbende is verplicht deze machtiging voor te leggen aan de afleverende apotheker die er de nodige inlichtingen in het daartoe bestemde vak op aanbrengt bij het aanbieden van het geneesmiddelenvoorschrift. (zie verso)

Datum:

Handtekening en stempel van de adviserend geneesheer,

In te vullen door de afleverende apotheker:

Periode	Begindatum aangerekende maand	Einddatum aangerekende maand	Handtekening van de apotheker	Stempel van de apotheker
Periode 1				
Periode 2				
Periode 3				

BELANGRIJKE OPMERKINGEN:

a) Deze machtiging heeft betrekking op de éénmalige installatie van een zuurstofconcentrator wanneer de perioden elkaar opvolgen. Ze heeft echter betrekking op meerdere installaties van een zuurstofconcentrator wanneer de perioden elkaar niet opvolgen met een maximum van 3 installaties over een periode van 12 maanden.

b) De apotheker vult per periode de gevraagde informatie in waarbij hij het huurgeld, de bevochtiger en het honorarium kan aanrekenen.

c) De machtiging geldt voor de door de adviserend geneesheer toegestane periode. De apotheker dient deze machtiging te hechten aan het laatste voorschrift.

d) De apotheker zal op het geneesmiddelenvoorschrift het omkaderde volgnummer, dat op de machtiging is vermeld, aanbrengen. Hij mag alsdan de derdebetalersregeling toepassen.

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Albert
Van Koningswege;
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen ,

L. ONKELINX

f) zorgtraject diabetes - aanvraag voor aflevering van een bloedglucosemeter

Belangrijk: De diabeteseducator vult vakken 1 tot en met 4 in en bezorgt het formulier aan de rechthebbende. De rechthebbende bezorgt het formulier daarna samen met het voorschrift van de huisarts aan de apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier van de bloedglucosemeter. De apotheker, de ziekenhuisapotheker of de leverancier hecht daarna het formulier aan het voorschrift.

VAK 1: Identificatiegegevens van de rechthebbende

Voornaam: …… Naam: ……..…….....

INSZ-nr.:……..……

VAK 2: Identificatiegegevens van de huisarts

Voornaam: …… Naam: …….....

RIZIV-nummer: ..……

VAK 3: Identificatiegegevens van de diabeteseducator

Voornaam: …… Naam: …….....

Telefoonnummer en/of e-mail adres: ……

Identificatie aan de hand van: (Kruis één van beide mogelijkheden aan en vul het nummer van de gekozen mogelijkheid in.)

☐ het RIZIV-nummer van de educator zelf:……

☐ het nummer van het conventiecentrum[1] :…….……

VAK 4: Verbintenis van de diabeteseducator - Keuze van het type bloedglucosemeter

De diabeteseducator verbindt zich ertoe het voorgeschreven educatieprogramma in het kader van het zorgtraject diabetes uit te voeren.

Voorgesteld type bloedglucosemeter[2]:
……

Datum: ……/……/…….. Handtekening diabeteseducator:

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

ALBERT
Van Koningswege:
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen
Laurette Onkelinx

1 Alleen voor een diabeteseducator die deel uitmaakt van het diabeteseducatieteam van een ziekenhuis dat met het RIZIV een diabetesovereenkomst heeft gesloten

2 De gebruikte benaming voor het toestel moet in overeenstemming zijn met de benaming waaronder het toestel opgenomen is in de lijst van zelfzorgmateriaal (glucosecontrolestrips, lancetten en bloedglucosemeters) waarvoor een tegemoetkoming kan worden toegekend, opgenomen in het KB van 24.10.2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van der verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

g) notificatie van een beperkt programma "educatie en zelfzorg" bij een patiënt met diabetes type 2

Kleefbriefje ziekenfonds van de patiënt

Ik, Dr. …… (*naam en voornaam*)
…… (*RIZIV-identificatienummer*)

deel hierbij mee dat ik aan …….. (*naam en voornaam van de patiënt*), voor wie ik het globaal medisch dossier beheer, een beperkt programma "educatie en zelfzorg" verleen.

Ik bevestig dat de patiënt een behandeling volgt met inspuitbare incretinemimetica of dagelijks één enkele insuline-injectie krijgt en dat aan de patiënt diabeteseducatie werd gegeven.

O Ik heb het programma gestart op ../../…. (dd/mm/jjjj)

O* Ik heb het programma verlengd vanaf ../../….(dd//mm/jjjj) : ik heb vastgesteld dat mijn patiënt tijdens de afgelopen periode daadwerkelijk de vereiste glycemiecontroles heeft uitgevoerd en dat de HbA1c-waarde van de patiënt, gemeten op zijn vroegst 3 maanden voor het einde van de voorbije periode van 12 maanden, minder bedraagt dan 58 mmol/mol (of 7,5%).

Ik houd de gegevens over de diabeteseducatie en de HbA1c-resultaten van de patiënt te uwer beschikking.
Naam+Stempel Datum en handtekening

* Enkel aankruisen indien het glycemiecontroleprogramma na een voorgaande periode van 12 maanden verlengd wordt voor een nieuwe periode van 12 maanden.

DOCUMENT ONDER GESLOTEN OMSLAG OVER TE MAKEN AAN DE ADVISEREND GENEESHEER VAN HET ZIEKENFONDS

Gezien om gevoegd te worden bij Ons besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

ALBERT
Van Koningswege:
De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen
Laurette Onkelinx

PARTIE II – LISTE DES DOCUMENTS ET AUTORISATIONS VISES AU PRESENT ARRêTE

a) Modèle de l'engagement comme visé à l'article 7 du présent arrêté

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE
Avenue de Tervuren 211 - 1150 Bruxelles

DEMANDE DE REMBOURSEMENT
MOYEN DIAGNOSTIQUE - MATERIEL DE SOINS

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom de la firme responsable de l'introduction de la demande

2. IDENTIFICATION DU PRODUIT

Dénomination du produit

Conditionnement

Nom de la firme qui met le produit sur le marché

3. COMPOSANT PRINCIPAL OU COMPOSANTS PRINCIPAUX

4. CODE ATC

5. CLASSIFICATION UE

6. ENGAGEMENT

Le soussigné (nom et prénom)

……..……

agissant au nom de la firme (forme juridique- désignation - adresse)

……..……

qu'il/elle représente en qualité de

……..……

déclare qu'il/elle a pris connaissance du contenu de l'Arrêté royal du 24-10-2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des moyens diagnostiques et du matériel de soins et s'engage à respecter les obligations imposées dans ledit arrêté royal.

Le soussigné(e) est garant(e) que toutes les données, telles qu'elles sont communiquées dans les demandes d'admission, de modification ou de suppression de la liste, sont exactes et complètes. Il/elle s'engage à communiquer dans les plus brefs délais au secrétariat du Conseil technique des moyens diagnostiques et du matériel de soins toute modification apportée à l'un des éléments de la demande d'admission au remboursement.

Fait à ……, le ……..……

Nom: ……

Prénom(s): ……..

Adresse: ……

……..

Signature
(faire précéder la signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé")

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT
Par le Roi:

Le Ministre des Affaires Sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

b) Autorisation de rembourser des moyens pour lesquelles le régime du tiers payant est autorisé

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE:
……..

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise pour la période du ……..au..…….. (maximum … mois) (1) le remboursement du moyen …..……..

- Nom et prénom du bénéficiaire:…..……
- Adresse:……..
- Numéro d'inscription à l'O.A.:...……...

Le bénéficiaire est obligé de montrer cette autorisation au pharmacien qui délivre; celui-ci apporte, lors de la présentation de la prescription de médicaments, les renseignements nécessaires dans la case prévue à cet effet (cf. verso).

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

(1) Les maxima autorisés sont fixés dans la réglementation de remboursement qui s'y rapporte.

A remplir par le pharmacien qui délivre:

Date de la délivrance	Dénomination et conditionnement du moyen	Signature du pharmacien	Cachet du pharmacien

REMARQUES IMPORTANTES:

a) L'autorisation est valable pour la période autorisée par le médecin-conseil. A son expiration, le bénéficiaire la remet au médecin-conseil.

Sur demande motivée du médecin traitant et dans la mesure où la réglementation le permet et dans les conditions et limites qui y sont prévues, une nouvelle autorisation peut être accordée pour le moyen remboursable que le médecin traitant aura prescrit en vue de la poursuite du traitement.

b) Le pharmacien inscrira sur la prescription de médicaments le numéro d'ordre encadré qui figure sur l'autorisation, ainsi que, dans tous les cas où cela s'avère indispensable pour la tarification, la catégorie en vertu de laquelle le médecin-conseil a autorisé le remboursement du moyen concerné. Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT
Par le Roi:

Le Ministre des Affaires Sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

c) Demande à l'attention du médecin-conseil.

I - Identification du bénéficiaire :

Nom :……

Prénom : ……..

Adresse : ……..

N°-NISS : ……..

II - Eléments à attester par le médecin (Cocher la case correspondante) :

☐ Il s'agit de la première demande pour une première période de 1 an maximum.
☐ Il s'agit d'un renouvellement pour une période de 5 ans maximum.

Je soussigné, médecin spécialiste certifie que le bénéficiaire mentionné ci-dessus est atteint de mucoviscidose.

Je tiens à disposition du médecin-conseil les éléments de preuve établissant que le bénéficiaire concerné se trouve dans la situation attestée.

III- Identification du médecin traitant:

Nom :……

Prénom : ……..

Adresse : ……..

N° INAMI : ……..

……DATE

CACHET

…..…….. SIGNATURE DU MEDECIN

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Par le Roi:
La Ministre des Affaires sociales

Van Koningswege:
De Minister van Sociale Zaken

Laurette Onkelinx

d) Installation – livraison de l'oxygène médical gazeux : attestation

……..…….(cachet du pharmacien) déclare que pour

…….……..…… (prénom et nom du bénéficiaire)

…….……(N° NISS du bénéficiaire)

le …… (date) les prestations suivantes ont été exécutées :

☐ installation de l'oxygène gazeux et des accessoires par le pharmacien

- ☐ installation
- ☐ contrôle
- ☐ information

☐ livraison des accessoires par le pharmacien

Types d'accessoire	Montant de location / prix par unité	Nombre d'unités	Nombre de jours de location
……	……	……	……
……	……	……	……
……	……	……	……
……..	……..	……..	……..
……	……	……	……

Signature :
Le pharmacien Le bénéficiaire ou son représentant

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT
Par le Roi:
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
L. ONKELINX

e) Autorisation de remboursement d'un oxyconcentrateur pour lequel le régime du tiers payant est autorisé

MUTUALITE, OFFICE REGIONAL OU CAISSE DES SOINS DE SANTE :
……..

Numéro d'ordre de l'autorisation:

Le soussigné, médecin-conseil, autorise le remboursement d'un oxyconcentrateur à partir du …/…/…… pour une période de … mois.
(La durée de validité est limitée à 12 mois avec un maximum de 3 périodes de remboursement de chacune 1 mois maximum).

- Nom et prénom du bénéficiaire:…..……

- Adresse:……..

- N° NISS.:..……...

Le bénéficiaire est obligé de montrer cette autorisation au pharmacien qui délivre. Celui-ci apporte, lors de la présentation de la prescription de médicaments, les renseignements nécessaires dans la case prévue à cet effet (cf. verso).

Date:

Signature et cachet du médecin-conseil:

A remplir par le pharmacien qui délivre:

Période	Date de début du mois comptabilisé	Date de fin du mois comptabilisé	Signature du pharmacien	Cachet du Pharmacien
Période 1				
Période 2				
Période 3				

REMARQUES IMPORTANTES:

a) Cette autorisation se rapporte à l'installation unique d'un oxyconcentrateur lorsque les périodes se suivent. Elle se rapporte cependant à plusieurs installations d'un oxyconcentrateur lorsque les périodes ne se suivent pas avec un maximum de 3 installations sur une période de 12 mois.

b) Le pharmacien remplit une ligne avec les informations demandées en ce qui concerne la location, l'humidificateur et l'honoraire comptabilisés.

c) L'autorisation est valable pour la période autorisée par le médecin-conseil. Le pharmacien doit attacher l'autorisation à la dernière prescription

d) Le pharmacien inscrira sur la prescription de médicaments le numéro d'ordre encadré qui figure sur l'autorisation.
Il est autorisé à appliquer dans ce cas le régime du tiers payant.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT
Par le Roi:
La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,

L. ONKELINX

f) trajet de soins diabète - demande pour la délivrance d'un glucomètre

Important : L'éducateur en diabétologie complète les rubriques de 1 à 4 et remet le formulaire au bénéficiaire. Le bénéficiaire remet ensuite le formulaire accompagné de la prescription du médecin généraliste au pharmacien, au pharmacien hospitalier ou au fournisseur. Le pharmacien, le pharmacien hospitalier ou le fournisseur attache ensuite le formulaire à la prescription.

RUBRIQUE 1: Données d'identification du bénéficiaire

Prénom : …… Nom: ……..…..

Numéro NISS:……..……..……..……

RUBRIQUE 2: Données d'identification du médecin généraliste

Prénom : …… Nom : ……..…….....

Numéro INAMI : ..……

RUBRIQUE 3: Données d'identification de l'éducateur en diabétologie

Prénom : …… Nom : ……..…….....

Numéro de téléphone et/ou adresse e-mail :…….

Identification au moyen du : (Cochez une des deux possibilités et complétez le numéro concerné par le choix effectué.)

☐ numéro INAMI de l'éducateur lui- même:……

☐ numéro du centre conventionné[1]……..

RUBRIQUE 4: Engagement de l'éducateur en diabétologie - Choix du type de glucomètre

L'éducateur en diabétologie s'engage à exécuter le programme d'éducation prescrit dans le cadre du trajet de soins diabète.

Type de glucomètre proposé[2]:

……

Date : ……/……/…….. Signature de l'éducateur en diabétologie :

1 Seulement pour l'éducateur en diabétologie qui fait partie de l'équipe d'éducateurs en diabétologie de l'hôpital qui a conclu avec l'INAMI une convention diabétique

2 Dénomination reprise conformément à la dénomination décrite au sein de la liste du matériel d'autogestion (tigettes de contrôle du glucose, lancettes et glucomètres) pour lequel une intervention de l'assurance peut être octroyée) inscrite au sein de l'AR du 24.10.2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994)

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales

Laurette Onkelinx

g) notification d'un programme « éducation et autogestion » chez un patient atteint du diabète de type 2

Vignette de la mutualité du patient

Je soussigné Dr …… (*nom et prénom*)
…… (*numéro d'identification INAMI*)

communique par la présente dispenser à …….. (*nom et prénom du patient*), pour lequel je gère le dossier médical global, un programme « éducation et autogestion ».

Je confirme que le patient suit un traitement par incrétinomimétique injectable ou qu'il reçoit une seule injection d'insuline par jour et qu'une éducation en diabétologie a été dispensée au patient.

O J'ai démarré le programme le ../../…. (jj/mm/aaaa)

O* J'ai prolongé le programme à partir du ../../….(jj//mm/aaaa) : j'ai constaté que mon patient a effectivement effectué les contrôles de glycémie requis au cours de la période écoulée et que la valeur HbA1c du patient, mesurée au plus tôt 3 mois avant la fin de la période précédente de 12 mois, est inférieure à 58 mmol/mol (ou 7,5 %).

Je tiens à votre disposition les données relatives à l'éducation en diabétologie et aux résultats de HbA1c du patient.

Nom+Cachet Date et signature

* Ne cocher que si le programme de contrôle de la glycémie est prolongé après une période précédente de 12 mois pour une nouvelle période de 12 mois.

ENVOYER LE DOCUMENT SOUS PLI FERMÉ AU MÉDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITÉ

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 24 octobre 2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'article 34, alinéa 1er, 20° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Par le Roi:

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales

Laurette Onkelinx